Réinitialiser le formulaire | Imprimer le formulaire

DTE
Direction du Travail et de l'Emploi

12 rue de Verdun
BP M2 - 98849 Nouméa cedex
Tél : 27 55 72 - Fax : 27 04 94
www.dtenc.gouv.nc

DECLARATION ANNUELLE OBLIGATOIRE D'EMPLOI DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

DECLARATION

Pour la période du 1er janvier au 31 décembre 2018
(Livre IV, titre VII, chapitre III et suivants du code du travail)

A retourner à la direction du travail et de l'emploi au plus tard le 15 février 2019

I. IDENTITÉ DE L'ENTREPRISE ET INFORMATIONS GÉNÉRALES

I.1. IDENTITÉ DE L'ENTREPRISE :

N° RIDET au 31-12-2018 :

Code APE :

N° CAFAT de l'employeur :

Enseigne :

Raison sociale :

Adresse :

☐ Cocher la case si votre entreprise applique le SMAG

Si les informations pré-imprimées à gauche sont inexactes, vous devez les corriger ici et indiquer le motif en cochant la case correspondante à votre situation.

N° RIDET au 31-12-2018 :

Code APE :

N° CAFAT de l'employeur :

Enseigne :

Raison sociale :

BP : Code Postal :

Adresse : N° :

Rue ou lieu-dit :

Code Postal : Commune :

Vente d'entreprise ☐ Achat d'entreprise ☐

Déménagement ☐ Adresse incomplète ☐

I.2. INFORMATIONS GÉNÉRALES :

Indiquez les coordonnées de la personne à contacter pour toutes informations complémentaires :

Nom : Prénom :

Téléphone : Télécopie : Courriel :

II. L'ASSUJETTISSEMENT À L'OBLIGATION D'EMPLOI

Vous devez dans cette partie calculer l'effectif de votre entreprise selon les règles définies par l'article Lp. 312-1 du code du travail, afin de déterminer si votre entreprise est assujettie ou non à l'obligation d'emploi des personnes en situation de handicap.

(Voir modalités de calcul en pages 1 et 2 de la notice explicative)

II.1. L'entreprise a-t-elle un **effectif inférieur ou égal à 20** salariés au 31 décembre 2018 inclus ?

☐ **OUI** ☐ **NON** Si **OUI**, indiquez l'effectif ici :

II.2. L'ENTREPRISE A-T-ELLE FERMÉ DÉFINITIVEMENT ?

☐ **OUI** ☐ **NON** Si **OUI**, indiquez la date :

Si vous avez coché **OUI** aux cas II.1 ou II.2, l'entreprise n'est pas soumise à l'obligation d'emploi en 2018. **Le remplissage de la déclaration s'achève**. Vous devez la signer en page 4 avant de la renvoyer à la DTE dont l'adresse figure en haut de la page 1.
Si **NON**, poursuivez ci-dessous le remplissage.

II.3. L'ENTREPRISE A-T-ELLE ÉTÉ CRÉÉE EN 2016, 2017 OU 2018 ?

☐ **OUI** ☐ **NON** Si **OUI**, indiquez la date :

II.4. L'ENTREPRISE A-T-ELLE PASSÉ POUR LA PREMIÈRE FOIS LE SEUIL DES 20 SALARIÉS EN 2016, 2017 OU 2018 ?

☐ **OUI** ☐ **NON** Si **OUI**, indiquez la date :

Si vous avez coché **OUI** aux cas II.3 ou II.4, l'entreprise n'est pas soumise à l'obligation d'emploi en 2018. Vous devez obligatoirement déclarer l'effectif de votre entreprise (III) en page 2 et répondre aux questions IV.1 et IV.2 avant de signer ce formulaire en page 4 et de le renvoyer à la DTE dont l'adresse figure en haut de la page 1.
Si vous avez coché **NON**, continuer le remplissage de la déclaration en III.

III. CALCUL DE L'OBLIGATION LÉGALE D'EMPLOI

Vous devez dans cette partie calculer le nombre de bénéficiaire(s) de l'obligation d'emploi que l'entreprise aurait dû employer en 2018 à partir de l'effectif de votre entreprise calculé en II.

Reporter ici l'effectif de votre entreprise en 2018. ⇩ **A** **x** **2,5 %** **(Multipliez par 0,025)** **=** *Nombre de bénéficiaire(s) que votre entreprise devait employer en 2018.* ⇩ **B**

Si le résultat est compris entre 0,5 et 1, indiquer 0,5.
Si le résultat est supérieur à 1, arrondir à l'entier inférieur.

IV. MISE EN OEUVRE DE L'OBLIGATION D'EMPLOI

IV.1. L'ENTREPRISE A-T-ELLE EMPLOYÉ DES BÉNÉFICIAIRES EN 2018 ?

☐ **OUI**

Si **OUI**, reportez-vous à la "liste nominative des salariés bénéficiaires" jointe au présent document et indiquez quels sont les bénéficiaires que l'entreprise a employé en 2018 ***(voir modalités en pages 3 et 4 de la notice explicative)***. Additionnez la valeur obtenue pour chacun d'eux et reportez le résultat ci-contre en **C.**
Pour chaque bénéficiaire employé, joignez le justificatif de la qualité de bénéficiaire de l'obligation d'emploi, puis poursuivez le remplissage de la déclaration en IV.2.

☐ **NON**

Si **NON**, indiquez 0 en **C** et poursuivez le remplissage de la déclaration en IV.2.

Total du nombre de bénéficiaire(s) employé(s) en 2018 :

(Arrondir 2 chiffres après la virgule) **C**

IV.2. L'ENTREPRISE A-T-ELLE SIGNÉ EN 2018 DES CONTRATS AVEC :

- des ateliers protégés (AP),
- des centres d'aide par le travail (CAT).

☐ **OUI**

Si **OUI**, calculez le nombre d'unité(s) des différents types de contrat ***(voir modalités en page 4 de la notice explicative)*** et reportez ensuite le total général ci-contre en **D.**
Ce total ne peut être supérieur à 50 % de l'obligation d'emploi de l'entreprise calculé en **B**.
Joignez les pièces justificatives des contrats conclus ainsi que tous les justificatifs permettant de calculer le nombre d'unité(s) qui leur est associé,
puis poursuivez le remplissage de la déclaration en IV.3.

Types de contrat :
Contrats de fourniture de sous-traitance ou de prestation de service.

☐ **NON**

Si **NON**, indiquez 0 en **D** et poursuivez le remplissage de la déclaration en IV.3.

Total général du nombre d'unité(s) à retenir résultant des contrats conclus en 2018 (maximum 50 % de **B**) :

(Arrondir 2 chiffres après la virgule)

D

IV.3. L'ENTREPRISE DOIT-ELLE VERSER UNE CONTRIBUTION AU TITRE DE L'ANNÉE 2018 ?

Calculez à présent le nombre de bénéficiaire(s) et/ou d'unité(s) employé(s) en 2018 en additionnant **C**+**D**. Déduisez le résultat obtenu du nombre de bénéficiaire(s) que l'entreprise devait employer en 2018 (**B**) pour savoir si l'obligation d'emploi a été remplie.

Reporter ici le nombre de bénéficiaire(s) que l'entreprise devait employer en 2018.		*Additionnez ici le nombre de bénéficiaire(s) et/ou d'unité(s) employé(s) en 2018.*		*Nombre de bénéficiaire(s) manquant(s).*
B	-	**C + D**	=	**E**

(Si E est inférieur ou égal à 0, indiquez 0.)

Quelle est votre situation ?

E est inférieur ou égal à 0 : l'obligation d'emploi a été remplie au titre de l'année 2018. L'entreprise n'a pas de contribution à verser. Vous avez terminé le remplissage de la déclaration. Vous devez la signer en bas de la page 4 et la renvoyer à la DTE dont l'adresse figure en haut de la page 1.

E est supérieur à 0 : l'obligation d'emploi n'a pas été remplie en totalité avec **C+D**, c'est-à-dire par le recrutement direct ou la passation de contrats avec les AP ou les CAT. L'entreprise doit satisfaire à cette obligation en versant une contribution. Pour la calculer, poursuivez le remplissage de la déclaration en V.

V. CONTRIBUTION : MODALITÉ DE CALCUL ET VERSEMENT

V.1. DÉTERMINATION DU MONTANT DE LA CONTRIBUTION ANNUELLE AVANT DÉPENSES DÉDUCTIBLES

La contribution annuelle prévue à l'article Lp. 473-10 du code du travail est calculée en fonction du nombre de bénéficiaire(s) manquant(s) (**E**) et de la taille de l'entreprise. Le mode de calcul est défini à l'article R. 473-10 du code du travail.

(Voir modalités en page 5 de la notice explicative)

Si l'entreprise compte :

- **Moins de 100 salariés :** La contribution annuelle est égale au produit du nombre de bénéficiaire(s) manquant(s) par 400 fois le SMG ou le SMAG horaire (Coefficient de 400) (Cf. : calcul de A).
- **100 salariés et plus :** La contribution annuelle est égale au produit du nombre de bénéficiaire(s) manquant(s) par 500 fois le SMG ou le SMAG horaire (Coefficient de 500) (Cf. : calcul de A).

Vous pouvez consulter le site suivant :
www.isee.nc/emploi-revenus/revenus-salaires/salaires

Le taux horaire du SMG au 31 décembre 2018 est de : XPF.

Le taux horaire du SMAG au 31 décembre 2018 est de : XPF.

Nombre de bénéficiaire(s) manquant(s).						*Montant de la contribution avant dépenses déductibles.*
E	x	(coefficient 400 ou 500)	x	(Taux horaire du SMG ou SMAG)	=	**F** (Ignorer les chiffres après la virgule)

Indiquez en **F** le montant retenu puis poursuivez en V.2 le remplissage de la déclaration.

V.2. DOUBLEMENT DE LA CONTRIBUTION

En application de l'article R. 473-10 du code du travail, le montant de la contribution avant dépenses déductibles (F) est multiplié par deux en l'absence de bénéficiaire employé (C) et de passation de contrats (D) durant 3 ans consécutifs.

☐ **OUI**

Si **OUI**, votre entreprise se retrouve dans le cas indiqué à l'article R. 473-10 du code du travail et il convient de multiplier le montant de la contribution avant dépenses déductibles (F) par 2.

☐ **NON**

Si **NON**, indiquez 0 en **G** et poursuivez le remplissage de la déclaration en V.3.

Montant de la contribution avant dépenses déductibles				*Montant du doublement de la contribution*
	X	**2**	**=**	
F				**G**

V.3. L'ENTREPRISE A-T-ELLE EFFECTUÉ DES DÉPENSES DÉDUCTIBLES EN 2018 ?

(Voir la liste des dépenses déductibles en page 5 de la notice explicative)

☐ **OUI**

Si **OUI**, indiquez le montant des dépenses déductibles (**H**).
Ce montant ne peut être supérieur au montant de la contribution due par l'employeur obtenu en **F** ou au montant du doublement de la contribution obtenu en **G**.
Joignez les pièces justificatives permettant d'établir les dépenses déductibles réalisées par l'entreprise, puis poursuivez le remplissage de la déclaration en V.4.

☐ **NON**

Si **NON**, indiquez 0 en **H** et poursuivez le remplissage de la déclaration en V.3.

Montant des dépenses déductibles en 2018 :	
	H

V.4. DÉTERMINATION DU MONTANT DE LA CONTRIBUTION ANNUELLE APRÈS DÉPENSES DÉDUCTIBLES

Pour calculer le montant de votre contribution après dépenses déductibles, appliquez la formule suivante :

Montant de la contribution avant dépenses déductibles (F) ou Montant du doublement de la contribution (G)		*Montant des dépenses déductibles*		*Montant de la contribution après dépenses déductibles*
	-		**=**	
F ou G		**H**		**I**

Le remplissage de la déclaration s'achève.

Veuillez retourner la **déclaration signée** à la DTE dont l'adresse figure ci-dessous, au plus tard le 15 février 2019.

La déclaration doit être accompagnée de la liste nominative des salariés bénéficiaires si l'entreprise a employé des bénéficiaires et des pièces justifiant des modalités déclarées en IV.1, IV.2 et V.3.

Votre contribution doit être versée au **Fonds pour l'insertion professionnelle des personnes en situation de handicap** à l'adresse **BP M1 98849 Nouméa cedex**, au plus tard le 15 février 2019 accompagnée du bordereau de transmission **(voir modalités du versement de la contribution en page 6 de la notice explicative)**.

DTE
Direction du Travail et de l'Emploi

12 rue de Verdun

BP M2 - 98849 Nouméa cedex

Tél : 27 55 72 - Fax : 27 04 94

www.dtenc.gouv.nc

Date de la déclaration : _____

Signature de la personne responsable :
(obligatoire)

Nom de la personne responsable : _____

Téléphone de la personne responsable : _____