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

Liste nominative des salariés bénéficiaires employés par l'entreprise en 2018

INFORMATIONS

N° RIDET au 31-12-2018 :

Raison sociale :

Adresse :

N° : Rue ou lieu-dit :

Code Postal : Commune :

Vous devez déclarer dans cette liste tous les salariés appartenant à l'une des catégories de bénéficiaires de l'obligation d'emploi de personnes en situation de handicap employées par l'entreprise en 2018.

(Voir la liste des catégories de bénéficiaires en page 2 de la notice explicative)

DOIVENT ÊTRE RECENSÉS DANS LA PRÉSENTE LISTE

- Tous les salariés bénéficiaires employés en 2018, s'ils ont été présents au moins six mois au cours de l'année 2018, quels que soient la nature de leur contrat de travail (CDI, CDD), et leur temps de travail (sous réserve d'une durée hebdomadaire au moins égale à un mi-temps), y compris les titulaires d'un contrat de formation en alternance (contrat d'apprentissage, de qualification).
- Les salariés bénéficiaires, sous contrat de travail temporaire, doivent être pris en compte au prorata de leur temps de présence dans l'entreprise au cours de l'année 2018.
- Les salariés bénéficiaires dont les contrats de travail sont suspendus, s'ils ont été présents au moins six mois au cours de l'année 2018.
- Les salariés bénéficiaires remplaçant d'autres salariés dont les contrats de travail ont été suspendus. Ils comptent pour une unité s'ils ont été présents au moins six mois au cours de l'année 2018, quels que soient la nature de leur contrat de travail (CDI, CDD) et de leur temps de travail, ou, sont pris en compte au prorata de leur temps de présence durant les douze derniers mois (année civile) s'ils sont sous contrat de travail temporaire.

DOIVENT ÊTRE EXCLUS DE LA PRÉSENTE LISTE

- Les salariés bénéficiaires en CDI, CDD ou en contrat de formation en alternance qui ont été absents plus de six mois au cours de l'année 2018 (pour longue maladie, congé parental...).

ATTENTION

La présence du salarié dans l'entreprise et la période de validité de la reconnaissance doivent coïncider sur une période minimale de 6 mois pour que le salarié soit reconnu comme bénéficiaire.

BÉNÉFICIAIRE

CARACTÉRISTIQUES DU SALARIÉ BÉNÉFICIAIRE

Nom :

Prénom :

Année de naissance :

Date de l'embauche du salarié :

Sexe : ☐ **H** ☐ **F**

Le salarié est-il présent au 31 décembre 2018 ?

☐ **OUI** ☐ **NON**

Si NON, indiquez la date :

Le salarié est-il à temps partiel ? (hors intérimaire)

☐ **OUI** ☐ **NON**

Si OUI, indiquez le taux de temps partiel : %

Catégorie socio professionnelle : (ex : ouvrier, cadre...)

Intitulé de l'emploi : (ex : manoeuvre, secrétaire, commercial(e)...)

TYPE DE RECONNAISSANCE DE LA QUALITÉ DE BÉNÉFICIAIRE

Cocher la ou les cases correspondantes en fonction du type de handicap.

1- Reconnaissance attribuée par la commission de reconnaissance du handicap et de la dépendance..... ☐

2- Victime d'accident du travail ou de maladie professionnelle

AT *(Accident du travail)*..... ☐

MP *(Maladie professionnelle)*..... ☐

Indiquez le taux d'incapacité permanente %
(minimum 10 % et non cumulable)

3- Invalide pensionné..... ☐

4- Invalide pensionné militaire ..... ☐

Décompte du bénéficiaire salarié selon son (ou ses) contrat(s) de travail

Valeur résultant du contrat : Cocher la case correspondante (A ou B)

A- Le bénéficiaire en CDI, CDD ou en intérim totalisant au moins 6 mois de présence et au moins à mi-temps sur l'année, compte pour **1 unité**..... ☐

B- Le bénéficiaire en intérim totalisant moins de 6 mois de présence sur l'année compte au **prorata** du temps de présence dans l'entreprise..... ☐

Attention : La présence du salarié dans l'entreprise et la période de validité de la reconnaissance doivent coïncider sur une période minimale de 6 mois pour que le salarié soit reconnu comme bénéficiaire.

Unité :

- Valeur résultant du (ou des) contrat(s) de travail (maximum 1) à retenir pour le calcul de **C** :

BÉNÉFICIAIRE

CARACTÉRISTIQUES DU SALARIÉ BÉNÉFICIAIRE

Nom :

Prénom :

Année de naissance :

Date de l'embauche du salarié :

Sexe : ☐ **H** ☐ **F**

Le salarié est-il présent au 31 décembre 2018 ?

☐ **OUI** ☐ **NON**

Si NON, indiquez la date :

Le salarié est-il à temps partiel ? (hors intérimaires)

☐ **OUI** ☐ **NON**

Si OUI, indiquez le taux de temps partiel : %

Catégorie socio professionnelle : (ex : ouvrier, cadre...)

Intitulé de l'emploi : (ex : manoeuvre, secrétaire, commercial(e)...)

TYPE DE RECONNAISSANCE DE LA QUALITÉ DE BÉNÉFICIAIRE

Cocher la ou les cases correspondantes en fonction du type de handicap.

1- Reconnaissance attribuée par la commission de reconnaissance du handicap et de la dépendance..... ☐

2- Victime d'accident du travail ou de maladie professionnelle

AT *(Accident du travail)*..... ☐

MP *(Maladie professionnelle)*..... ☐

Indiquez le taux d'incapacité permanente %
(minimum 10 % et non cumulable)

3- Invalide pensionné..... ☐

4- Invalide pensionné militaire ..... ☐

Décompte du bénéficiaire salarié selon son (ou ses) contrat(s) de travail

Valeur résultant du contrat : Cocher la case correspondante (A ou B)

A- Le bénéficiaire en CDI, CDD ou en intérim totalisant au moins 6 mois de présence et au moins à mi-temps sur l'année, compte pour **1 unité**..... ☐

B- Le bénéficiaire en intérim totalisant moins de 6 mois de présence sur l'année compte au **prorata** du temps de présence dans l'entreprise..... ☐

Attention : La présence du salarié dans l'entreprise et la période de validité de la reconnaissance doivent coïncider sur une période minimale de 6 mois pour que le salarié soit reconnu comme bénéficiaire.

Unité :

- Valeur résultant du (ou des) contrat(s) de travail (maximum 1) à retenir pour le calcul de **C** :

Additionnez les résultats obtenus pour chaque bénéficiaire(s) et reportez le total en C :

Report C page précédente :

BÉNÉFICIAIRE

CARACTÉRISTIQUES DU SALARIÉ BÉNÉFICIAIRE

Nom :

Prénom :

Année de naissance :

Date de l'embauche du salarié :

Sexe : ☐ **H** ☐ **F**

Le salarié est-il présent au 31 décembre 2018 ?

☐ **OUI** ☐ **NON**

Si NON, indiquez la date :

Le salarié est-il à temps partiel ? (hors intérimaires)

☐ **OUI** ☐ **NON**

Si OUI, indiquez le taux de temps partiel : %

Catégorie socio professionnelle : (ex : ouvrier, cadre...)

Intitulé de l'emploi : (ex : manoeuvre, secrétaire, commercial(e)...)

TYPE DE RECONNAISSANCE DE LA QUALITÉ DE BÉNÉFICIAIRE

Cocher la ou les cases correspondantes en fonction du type de handicap.

1- Reconnaissance attribuée par la commission de reconnaissance du handicap et de la dépendance..... ☐

2- Victime d'accident du travail ou de maladie professionnelle

AT *(Accident du travail)*..... ☐

MP *(Maladie professionnelle)*..... ☐

Indiquez le taux d'incapacité permanente %
(minimum 10 % et non cumulable)

3- Invalide pensionné..... ☐

4- Invalide pensionné militaire..... ☐

Décompte du bénéficiaire salarié selon son (ou ses) contrat(s) de travail

Valeur résultant du contrat : Cocher la case correspondante (A ou B)

A- Le bénéficiaire en CDI, CDD ou en intérim totalisant au moins 6 mois de présence et au moins à mi-temps sur l'année, compte pour **1 unité**..... ☐

B- Le bénéficiaire en intérim totalisant moins de 6 mois de présence sur l'année compte au **prorata** du temps de présence dans l'entreprise..... ☐

Attention : La présence du salarié dans l'entreprise et la période de validité de la reconnaissance doivent coïncider sur une période minimale de 6 mois pour que le salarié soit reconnu comme bénéficiaire.

Unité :

- Valeur résultant du (ou des) contrat(s) de travail (maximum 1) à retenir pour le calcul de **C** :

BÉNÉFICIAIRE

CARACTÉRISTIQUES DU SALARIÉ BÉNÉFICIAIRE

Nom :

Prénom :

Année de naissance :

Date de l'embauche du salarié :

Sexe : ☐ **H** ☐ **F**

Le salarié est-il présent au 31 décembre 2018 ?

☐ **OUI** ☐ **NON**

Si NON, indiquez la date :

Le salarié est-il à temps partiel ? (hors intérimaires)

☐ **OUI** ☐ **NON**

Si OUI, indiquez le taux de temps partiel : %

Catégorie socio professionnelle : (ex : ouvrier, cadre...)

Intitulé de l'emploi : (ex : manoeuvre, secrétaire, commercial(e)...)

TYPE DE RECONNAISSANCE DE LA QUALITÉ DE BÉNÉFICIAIRE

Cocher la ou les cases correspondantes en fonction du type de handicap.

1- Reconnaissance attribuée par la commission de reconnaissance du handicap et de la dépendance..... ☐

2- Victime d'accident du travail ou de maladie professionnelle

AT *(Accident du travail)*..... ☐

MP *(Maladie professionnelle)*..... ☐

Indiquez le taux d'incapacité permanente %
(minimum 10 % et non cumulable)

3- Invalide pensionné..... ☐

4- Invalide pensionné militaire..... ☐

Décompte du bénéficiaire salarié selon son (ou ses) contrat(s) de travail

Valeur résultant du contrat : Cocher la case correspondante (A ou B)

A- Le bénéficiaire en CDI, CDD ou en intérim totalisant au moins 6 mois de présence et au moins à mi-temps sur l'année, compte pour **1 unité**..... ☐

B- Le bénéficiaire en intérim totalisant moins de 6 mois de présence sur l'année compte au **prorata** du temps de présence dans l'entreprise..... ☐

Attention : La présence du salarié dans l'entreprise et la période de validité de la reconnaissance doivent coïncider sur une période minimale de 6 mois pour que le salarié soit reconnu comme bénéficiaire.

Unité :

- Valeur résultant du (ou des) contrat(s) de travail (maximum 1) à retenir pour le calcul de **C** :

Additionnez les résultats obtenus pour chaque bénéficiaire(s) et reportez le total en C :

Report C page précédente :

BÉNÉFICIAIRE

CARACTÉRISTIQUES DU SALARIÉ BÉNÉFICIAIRE

Nom :

Prénom :

Année de naissance :

Date de l'embauche du salarié :

Sexe : ☐ **H** ☐ **F**

Le salarié est-il présent au 31 décembre 2018 ?

☐ **OUI** ☐ **NON**

Si NON, indiquez la date :

Le salarié est-il à temps partiel ? (hors intérimaires)

☐ **OUI** ☐ **NON**

Si OUI, indiquez le taux de temps partiel : %

Catégorie socio professionnelle : (ex : ouvrier, cadre...)

Intitulé de l'emploi : (ex : manoeuvre, secrétaire, commercial(e)...)

TYPE DE RECONNAISSANCE DE LA QUALITÉ DE BÉNÉFICIAIRE

Cocher la ou les cases correspondantes en fonction du type de handicap.

1- Reconnaissance attribuée par la commission de reconnaissance du handicap et de la dépendance..... ☐

2- Victime d'accident du travail ou de maladie professionnelle

AT *(Accident du travail)*..... ☐

MP *(Maladie professionnelle)*..... ☐

Indiquez le taux d'incapacité permanente %
(minimum 10 % et non cumulable)

3- Invalide pensionné..... ☐

4- Invalide pensionné militaire..... ☐

Décompte du bénéficiaire salarié selon son (ou ses) contrat(s) de travail

Valeur résultant du contrat : Cocher la case correspondante (A ou B)

A- Le bénéficiaire en CDI, CDD ou en intérim totalisant au moins 6 mois de présence et au moins à mi-temps sur l'année, compte pour **1 unité**..... ☐

B- Le bénéficiaire en intérim totalisant moins de 6 mois de présence sur l'année compte au **prorata** du temps de présence dans l'entreprise..... ☐

Attention : La présence du salarié dans l'entreprise et la période de validité de la reconnaissance doivent coïncider sur une période minimale de 6 mois pour que le salarié soit reconnu comme bénéficiaire.

Unité :

- Valeur résultant du (ou des) contrat(s) de travail (maximum 1) à retenir pour le calcul de **C** :

BÉNÉFICIAIRE

CARACTÉRISTIQUES DU SALARIÉ BÉNÉFICIAIRE

Nom :

Prénom :

Année de naissance :

Date de l'embauche du salarié :

Sexe : ☐ **H** ☐ **F**

Le salarié est-il présent au 31 décembre 2018 ?

☐ **OUI** ☐ **NON**

Si NON, indiquez la date :

Le salarié est-il à temps partiel ? (hors intérimaires)

☐ **OUI** ☐ **NON**

Si OUI, indiquez le taux de temps partiel : %

Catégorie socio professionnelle : (ex : ouvrier, cadre...)

Intitulé de l'emploi : (ex : manoeuvre, secrétaire, commercial(e)...)

TYPE DE RECONNAISSANCE DE LA QUALITÉ DE BÉNÉFICIAIRE

Cocher la ou les cases correspondantes en fonction du type de handicap.

1- Reconnaissance attribuée par la commission de reconnaissance du handicap et de la dépendance..... ☐

2- Victime d'accident du travail ou de maladie professionnelle

AT *(Accident du travail)*..... ☐

MP *(Maladie professionnelle)*..... ☐

Indiquez le taux d'incapacité permanente %
(minimum 10 % et non cumulable)

3- Invalide pensionné..... ☐

4- Invalide pensionné militaire..... ☐

Décompte du bénéficiaire salarié selon son (ou ses) contrat(s) de travail

Valeur résultant du contrat : Cocher la case correspondante (A ou B)

A- Le bénéficiaire en CDI, CDD ou en intérim totalisant au moins 6 mois de présence et au moins à mi-temps sur l'année, compte pour **1 unité**..... ☐

B- Le bénéficiaire en intérim totalisant moins de 6 mois de présence sur l'année compte au **prorata** du temps de présence dans l'entreprise..... ☐

Attention : La présence du salarié dans l'entreprise et la période de validité de la reconnaissance doivent coïncider sur une période minimale de 6 mois pour que le salarié soit reconnu comme bénéficiaire.

Unité :

- Valeur résultant du (ou des) contrat(s) de travail (maximum 1) à retenir pour le calcul de **C** :

Additionnez les résultats obtenus pour chaque bénéficiaire(s) et reportez le total en C :