



## DECLARATION ANNUELLE OBLIGATOIRE D'EMPLOI DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP AU SEIN DES FONCTIONS PUBLIQUES DE NOUVELLE-CALÉDONIE ET DE LEURS ÉTABLISSEMENTS PUBLICS

Liste nominative des agents bénéficiaires employés  
par la collectivité ou l'établissement en 2014

### INFORMATIONS

N° RIDET au 31-12-2014 :

Nom :

**Adresse :**

N° : Rue ou lieu-dit :

Code Postal : Commune :

Vous devez déclarer dans cette liste tous les agents appartenant à l'une des catégories de bénéficiaires de l'obligation d'emploi de personnes en situation de handicap employés par la collectivité ou l'établissement en 2014.

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

### DOIVENT ÊTRE RECENSÉS DANS LA PRÉSENTE LISTE

- Tous les agents bénéficiaires employés en 2014, s'ils ont été présents au moins six mois au cours de l'année 2014, quels que soient la nature de leur contrat de travail (CDI, CDD), et de leur temps de travail (sous réserve d'une durée hebdomadaire au moins égale à un mi-temps).
- Les agents bénéficiaires dont les contrats de travail sont suspendus, s'ils ont été présents au moins six mois au cours de l'année 2014.
- Les agents bénéficiaires remplaçant d'autres agents 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 2014, quelles que soient la nature de leur contrat de travail (CDI, CDD) et de leur temps de travail.

### DOIVENT ÊTRE EXCLUS DE LA PRÉSENTE LISTE

- Les agents bénéficiaires en CDI, CDD ou en contrat de formation en alternance qui ont été absents plus de six mois au cours de l'année 2014 (pour longue maladie, congé parental...).

### ATTENTION

La présence de l'agent dans la collectivité ou l'établissement et la période de validité de la reconnaissance doivent coïncider sur une période minimale de 6 mois pour que l'agent soit reconnu comme bénéficiaire.

## BÉNÉFICIAIRE

### CARACTÉRISTIQUES DE L'AGENT BÉNÉFICIAIRE

Nom :

Prénom :

Année de naissance :

Date de l'embauche de l'agent :

Sexe :  H  F

L'agent est-il présent au 31 décembre 2014 ?

OUI NON

Si **NON**, indiquez la date :

L'agent est-il à temps partiel ?

OUI NON

Si **OUI**, indiquez le taux de temps partiel : %

Catégorie socioprofessionnelle : (ex : ouvrier, cadre,...)

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

### 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 de l'agent bénéficiaire selon son (ou ses) contrat(s) de

Valeur résultant du (ou des) contrat(s) : Le bénéficiaire en CDI ou CDD totalisant au moins 6 mois de présence et au moins à mi-temps sur l'année, compte pour 1 unité, sinon compte pour 0.

**Attention** : La présence de l'agent dans la collectivité ou l'établissement et la période de validité de la reconnaissance doivent coïncider sur une période minimale de 6 mois pour que l'agent 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 DE L'AGENT BÉNÉFICIAIRE

Nom :

Prénom :

Année de naissance :

Date de l'embauche de l'agent :

Sexe :  H  F

L'agent est-il présent au 31 décembre 2014 ?

OUI NON

Si **NON**, indiquez la date :

L'agent est-il à temps partiel ?

OUI NON

Si **OUI**, indiquez le taux de temps partiel : %

Catégorie socioprofessionnelle : (ex : ouvrier, cadre,...)

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

### 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 de l'agent bénéficiaire selon son (ou ses) contrat(s) de

Valeur résultant du (ou des) contrat(s) : Le bénéficiaire en CDI ou CDD totalisant au moins 6 mois de présence et au moins à mi-temps sur l'année, compte pour 1 unité, sinon compte pour 0.

**Attention** : La présence de l'agent dans la collectivité ou l'établissement et la période de validité de la reconnaissance doivent coïncider sur une période minimale de 6 mois pour que l'agent 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 :

**BÉNÉFICIAIRE****CARACTÉRISTIQUES DE L'AGENT BÉNÉFICIAIRE**Nom : Prénom : Année de naissance : Date de l'embauche de l'agent : Sexe :  H  F**L'agent est-il présent au 31 décembre 2014 ?**

OUI NON

Si **NON**, indiquez la date : **L'agent est-il à temps partiel ?**

OUI NON

Si **OUI**, indiquez le taux de temps partiel : %Catégorie socioprofessionnelle : (ex : ouvrier, cadre,...)Intitulé de l'emploi : (ex : manoeuvre, secrétaire,...)**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 de l'agent bénéficiaire selon son (ou ses) contrat(s) de**

Valeur résultant du (ou des) contrat(s) : Le bénéficiaire en CDI ou CDD totalisant au moins 6 mois de présence et au moins à mi-temps sur l'année, compte pour 1 unité, sinon compte pour 0.

**Attention** : La présence de l'agent dans la collectivité ou l'établissement et la période de validité de la reconnaissance doivent coïncider sur une période minimale de 6 mois pour que l'agent 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 DE L'AGENT BÉNÉFICIAIRE**Nom : Prénom : Année de naissance : Date de l'embauche de l'agent : Sexe :  H  F**L'agent est-il présent au 31 décembre 2014 ?**

OUI NON

Si **NON**, indiquez la date : **L'agent est-il à temps partiel ?**

OUI NON

Si **OUI**, indiquez le taux de temps partiel : %Catégorie socioprofessionnelle : (ex : ouvrier, cadre,...)Intitulé de l'emploi : (ex : manoeuvre, secrétaire,...)**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 de l'agent bénéficiaire selon son (ou ses) contrat(s) de**

Valeur résultant du (ou des) contrat(s) : Le bénéficiaire en CDI ou CDD totalisant au moins 6 mois de présence et au moins à mi-temps sur l'année, compte pour 1 unité, sinon compte pour 0.

**Attention** : La présence de l'agent dans la collectivité ou l'établissement et la période de validité de la reconnaissance doivent coïncider sur une période minimale de 6 mois pour que l'agent soit reconnu comme bénéficiaire.**Unité :**- Valeur résultant du (ou des) contrat(s) de travail (maximum 1) à retenir pour le calcul de **C** :Ajoutez les résultats obtenus pour chaque bénéficiaire(s) et reportez le total en **C** :

**BÉNÉFICIAIRE****CARACTÉRISTIQUES DE L'AGENT BÉNÉFICIAIRE**Nom : Prénom : Année de naissance : Date de l'embauche de l'agent : Sexe :  H  F**L'agent est-il présent au 31 décembre 2014 ?**

OUI NON

Si **NON**, indiquez la date : **L'agent est-il à temps partiel ?**

OUI NON

Si **OUI**, indiquez le taux de temps partiel : %Catégorie socioprofessionnelle : (ex : ouvrier, cadre,...)Intitulé de l'emploi : (ex : manoeuvre, secrétaire,...)**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 de l'agent bénéficiaire selon son (ou ses) contrat(s) de**Valeur résultant du (ou des) contrat(s) : Le bénéficiaire en CDI ou CDD totalisant au moins 6 mois de présence et au moins à mi-temps sur l'année, compte pour 1 unité, sinon compte pour 0.**Attention** : La présence de l'agent dans la collectivité ou l'établissement et la période de validité de la reconnaissance doivent coïncider sur une période minimale de 6 mois pour que l'agent 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 DE L'AGENT BÉNÉFICIAIRE**Nom : Prénom : Année de naissance : Date de l'embauche de l'agent : Sexe :  H  F**L'agent est-il présent au 31 décembre 2014 ?**

OUI NON

Si **NON**, indiquez la date : **L'agent est-il à temps partiel ?**

OUI NON

Si **OUI**, indiquez le taux de temps partiel : %Catégorie socioprofessionnelle : (ex : ouvrier, cadre,...)Intitulé de l'emploi : (ex : manoeuvre, secrétaire,...)**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 de l'agent bénéficiaire selon son (ou ses) contrat(s) de**Valeur résultant du (ou des) contrat(s) : Le bénéficiaire en CDI ou CDD totalisant au moins 6 mois de présence et au moins à mi-temps sur l'année, compte pour 1 unité, sinon compte pour 0.**Attention** : La présence de l'agent dans la collectivité ou l'établissement et la période de validité de la reconnaissance doivent coïncider sur une période minimale de 6 mois pour que l'agent 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 :**