



**DTE**  
Direction du Travail  
et de l'Emploi

12 rue de Verdun  
BP 141 - 98845 Nouméa cedex  
Tél : 27 55 72 - Fax : 27 04 94  
[www.dtenc.gouv.nc](http://www.dtenc.gouv.nc)

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

Pour la période du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre 2014  
(Délibération n° 457 du 8 janvier 2009)

A retourner à la direction du travail et de l'emploi au plus tard le 15 février 2015

## I. IDENTITÉ DE LA COLLECTIVITÉ OU DE L'ÉTABLISSEMENT ET INFORMATIONS GÉNÉRALES

### I.1. IDENTITÉ DE LA COLLECTIVITÉ OU DE L'ÉTABLISSEMENT :

N° RIDET au 31-12-2014 :

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.

Code APE :

N° RIDET au 31-12-2014 :

N° CAFAT de l'employeur :

Code APE :

Nom :

N° CAFAT de l'employeur :

Nom :

Adresse :

BP :

Code Postal :

**Adresse :** N° :

Rue ou  
lieu-dit :

Code Postal :

Commune :

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 définir l'effectif, en nombre de postes budgétaires permanents à temps plein ou équivalent, de votre collectivité ou de votre établissement selon les règles définies à l'article 7 de la délibération n° 457 du 8 janvier 2009, afin de déterminer si votre collectivité ou votre établissement est assujéti ou non à l'obligation d'emploi de personnes en situation de handicap.

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

**II.1.** La collectivité ou l'établissement a-t-il un **effectif inférieur ou égal à 20** postes budgétaires permanents au 31 décembre 2014 inclus ?

**OUI**

**NON**

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

Si vous avez coché **OUI**, la collectivité ou l'établissement n'est pas soumis à l'obligation d'emploi en 2014. **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 vous avez coché **NON**, poursuivez son remplissage en page 2.

## II.2. LA COLLECTIVITÉ OU L'ÉTABLISSEMENT A-T-IL ÉTÉ CRÉÉ EN 2012, 2013 ou 2014 ?

OUI

NON

Si OUI, indiquez la date :

## II.3. LA COLLECTIVITÉ OU L'ÉTABLISSEMENT A-T-IL PASSÉ POUR LA PREMIÈRE FOIS LE SEUIL DES 20 POSTES BUDGÉTAIRES PERMANENTS EN 2012, 2013 ou 2014 ?

OUI

NON

Si OUI, indiquez la date :

Si vous avez coché OUI aux cas II.2 ou II.3, la collectivité ou l'établissement n'est pas soumis à l'obligation d'emploi en 2014. Vous devez obligatoirement déclarer l'effectif de votre collectivité ou de votre établissement (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 la collectivité ou l'établissement aurait dû employer en 2014 à partir de l'effectif de votre collectivité ou de votre établissement calculé en II.

Reporter ici l'effectif de votre collectivité ou de votre établissement en 2014.				Nombre de bénéficiaire(s) que votre collectivité ou établissement devait employer en 2014.
↓				↓
<input type="text"/>	x	2,5 %	=	<input type="text"/>
<b>A</b>		(Multipliez par 0,025)		<b>B</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. LA COLLECTIVITÉ OU L'ÉTABLISSEMENT A-T-IL EMPLOYÉ DES BÉNÉFICIAIRES EN 2014 ?

OUI

Si OUI, reportez-vous à la "liste nominative des agents bénéficiaires" jointe au présent document et indiquez quels sont les bénéficiaires que la collectivité ou l'établissement a employé en 2014 (voir modalités en pages 2 et 3 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 2014 :

**C**

### IV.2. LA COLLECTIVITÉ OU L'ÉTABLISSEMENT A-T-IL SIGNÉ EN 2014 DES CONTRATS AVEC :

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

Types de contrat :

Contrats de fourniture de sous-traitance ou de prestation de service.

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 la collectivité ou de l'établissement 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.

NON

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

Total du nombre d'unité(s) à retenir résultant des contrats conclus en 2014 (maximum 50 % de B) :

**D**

(Arrondir 2 chiffres après la virgule)

### IV.3. LA COLLECTIVITÉ OU L'ÉTABLISSEMENT DOIT-IL VERSER UNE CONTRIBUTION AU TITRE DE L'ANNÉE 2014 ?

Calculez à présent le nombre de bénéficiaire(s) et/ou d'unité(s) employé(s) en 2014 en additionnant **C+D**. Déduisez le résultat obtenu du nombre de bénéficiaire(s) que la collectivité ou l'établissement devait employer en 2014 (**B**) pour savoir si l'obligation d'emploi a été remplie.

<i>Reporter ici le nombre de bénéficiaire(s) que la collectivité ou l'établissement devait employer en 2014.</i> ↓ <b>B</b>	<i>Additionnez ici le nombre de bénéficiaire(s) et/ou d'unité(s) employé(s) en 2014.</i> ↓ <b>C + D</b>	= ↓ <b>E</b> (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 2014. La collectivité ou l'établissement 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. La collectivité ou l'établissement 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 19 de la délibération n° 457 du 8 janvier 2009 est calculée en fonction du nombre de bénéficiaire(s) manquant(s) (**E**) et de la taille de la collectivité ou de l'établissement. Le mode de calcul est défini à l'article 20 de la délibération n° 457 du 8 janvier 2009.

*(Voir modalités en page 5 de la notice explicative)*

Si la collectivité ou l'établissement compte :

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

**Le taux du SMG horaire au 31 décembre 2014 est de : XPF.**

<i>Nombre de bénéficiaire(s) manquant(s).</i> ↓ <b>E</b>	x                      x ↑                      ↑ (coefficient 400 ou 500)      (Taux horaire du SMG)	= ↓ <b>F</b> (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 20 de la délibération n° 457 du 8 janvier 2009, le montant de la contribution avant dépenses déductibles (**F**) est multiplié par deux pour la collectivité ou l'établissement n'employant aucun bénéficiaire de l'obligation d'emploi (**C**) et n'acquittant pas partiellement l'obligation d'emploi en passant des contrats de fournitures de sous-traitance ou de prestations de services (**D**) pendant une période supérieure à trois ans.

**OUI**

**NON**

Si **OUI**, votre collectivité ou votre établissement se retrouve dans le cas indiqué à l'article 20 de la délibération n° 457 du 8 janvier 2009, il convient de multiplier le montant de la contribution avant dépenses déductibles (**F**) par 2.

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

<i>Montant de la contribution avant dépenses déductibles</i> <b>F</b>	x                      2                      =	<i>Montant du doublement de la contribution</i> <b>G</b>
--	---	---

### V.3. LA COLLECTIVITÉ OU L'ÉTABLISSEMENT A-T-IL EFFECTUÉ DES DÉPENSES DÉDUCTIBLES EN 2014 ?

(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 la collectivité ou l'établissement, 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.4.

Montant des dépenses déductibles en 2014 :

**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
↓		↓		↓
	-		=	
<b>F ou G</b>		<b>H</b>		<b>I</b>

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 2015.

Cette déclaration doit être accompagnée de la liste nominative des agents bénéficiaires si la collectivité ou l'établissement 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 2015 accompagné du bordereau de transmission (voir modalités du versement de la contribution en page 6 de la notice explicative).



12 rue de Verdun

BP 141 - 98845 Nouméa cedex

Tél : 27 55 72 - Fax : 27 04 94

[www.dtenc.gouv.nc](http://www.dtenc.gouv.nc)

Date de la déclaration : \_\_\_\_\_

Signature de la personne responsable :  
(obligatoire)

Nom de la personne responsable : \_\_\_\_\_

Téléphone de la personne responsable : \_\_\_\_\_