



12 rue de Verdun
Tél:27-55-72 - Fax:27-04-94
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 ETABLISSEMENTS PUBLICS

Pour la période du 1er janvier au 31 décembre 2015

NOTICE EXPLICATIVE

AVERTISSEMENT

L'obligation d'emploi de personnes en situation de handicap s'applique depuis le 1^{er} janvier 2009 en application de la loi du pays n° 2009-1 du 7 janvier 2009 et de la délibération n° 457 du 8 janvier 2009 relative à l'emploi des personnes en situation de handicap au sein des fonctions publiques de Nouvelle-Calédonie et de leurs établissements publics. Dès lors que votre collectivité ou établissement a dépassé le seuil des 20 postes budgétaires permanents, vous êtes soumis à cette obligation.

Les collectivités ou établissements n'ayant pas employé de personnes en situation de handicap, peuvent s'acquitter de leur obligation soit en passant des marchés auprès des ateliers protégés ou des centres d'aide par le travail, soit en payant une contribution. La déclaration vous permet de calculer le montant de cette contribution.

La section emploi de la direction du travail et de l'emploi est à votre disposition pour vous aider dans le remplissage de cette déclaration sur place ou par téléphone au 27-04-87.

Tous ces documents sont également téléchargeables à l'adresse suivante :

www.dtenc.gouv.nc

CADRE LÉGAL A COMPTER DU 1^{ER} JANVIER 2009

· L'obligation d'emploi de personnes en situation de handicap au sein des fonctions publiques de Nouvelle-Calédonie et de leurs établissements publics est définie à l'article 6 et suivant de la **délibération n° 457 du 8 janvier 2009 relative à l'emploi des personnes en situation de handicap au sein des fonctions publiques de Nouvelle-Calédonie et de leurs établissements publics.**

· Les collectivités ou les établissements de plus de 20 postes budgétaires permanents sont tenus d'employer à temps plein ou à temps partiel, dans la proportion de 2,5 % de leur effectif, des personnes reconnues travailleur handicapé par la commission de reconnaissance du handicap et de la dépendance de Nouvelle-Calédonie (CRHD-NC), des victimes d'accidents du travail ou de maladies professionnelles (AT-MP), des titulaires d'une pension d'invalidité et les anciens militaires et assimilés titulaires d'une pension militaire d'invalidité (**voir la liste en page 2 de la présente notice**).

I. PRINCIPE DE REMPLISSAGE DE LA DÉCLARATION 2015

· Vous avez reçu la déclaration obligatoire d'emploi des personnes en situation de handicap que vous devez retourner signée au plus tard le **15 Février 2016** à la direction du travail et de l'emploi (DTE) dont les coordonnées figurent en première page du formulaire.

· La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique à la présente déclaration. Pour les données qui y figurent, elle garantit un droit d'accès et de rectification auprès de la DTE dont les coordonnées pré-imprimées figurent sur le formulaire principal.

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

Cette partie vous permet de déterminer si votre collectivité ou votre établissement est assujetti ou non à l'obligation d'emploi de personnes en situation de handicap.

· Votre collectivité ou votre établissement est assujetti, si son effectif en nombre de postes budgétaires permanents à temps plein ou équivalent (article 7 de la délibération n° 457 du 8 janvier 2009) est supérieur à 20 postes budgétaires permanents. Le nombre de poste est apprécié au 31 décembre. Si l'effectif est égal ou inférieur à 20, le remplissage de la déclaration s'achève.

Signez-la en page 4 et retournez-la à la DTE.

· Si votre collectivité ou établissement a été créé en 2013, 2014 ou 2015, ou s'il a dépassé le seuil de 20 postes budgétaires permanents en 2013, 2014 ou 2015, il n'est pas assujéti et dispose de deux ans pour se mettre en conformité avec cette obligation à compter de la date de création ou de dépassement de seuil. Indiquez l'année de création ou de passage du seuil. Ensuite, page 2, indiquez l'effectif de votre collectivité ou de votre établissement en III, et répondez aux seules questions IV.1 et IV.2 pour indiquer à la DTE les modalités mises en oeuvre par la collectivité ou l'établissement pour se conformer à l'obligation d'emploi.

Joignez les pièces justificatives puis signez le formulaire en page 4 et retournez-le à la DTE.

III. LE CALCUL DE LA CONTRIBUTION LÉGALE D'EMPLOI

Vous devez dans cette partie calculer le nombre de bénéficiaire(s) de l'obligation d'emploi devant être employé(s) au titre de 2015 (B) en multipliant l'effectif de la collectivité ou l'établissement (A) par 2,5 %.

Reporter ici le nombre de poste budgétaires permanents de la collectivité ou de l'établissement en 2015.	A		Reporter ici l'effectif de votre collectivité ou de votre établissement en 2015.	A	X	2,5 %	=	Nombre de bénéficiaire(s) que votre collectivité ou établissement devait employer en 2015.	B
				(Multipliez par 0,025)					
<i>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.</i>									
Le résultat doit être arrondi à 0,5 lorsqu'il est compris entre 0,5 et 1. Exemple : Inscrire 0,5 si le résultat est égal à 0,634. Le résultat doit être arrondi à l'entier inférieur lorsqu'il est supérieur à 1. Exemple : Inscrire 1 si le résultat est égal à 1,65 ou 3 si le résultat est égal à 3,22.								B	

IV. LA MISE EN ŒUVRE DE L'OBLIGATION D'EMPLOI : LES 3 MODALITÉS

Cette partie vous permet de déterminer comment votre collectivité ou votre établissement remplit son obligation d'emploi en 2015. Vous devez indiquer quelles ont été les modalités mises en oeuvre parmi les trois modalités définies par la délibération n° 457 du 8 janvier 2009.

La liste des bénéficiaires doit obligatoirement être jointe à l'envoi de la déclaration.

IV.1. L'EMPLOI DE BÉNÉFICIAIRES EN 2015

Si la collectivité ou l'établissement a employé en 2015 des agents en situation de handicap appartenant à l'une des catégories de bénéficiaires figurant ci-dessous, vous devez les déclarer dans la "Liste nominative des agents bénéficiaires".

Quelles sont les différentes catégories de bénéficiaires ?

L'agent doit appartenir à l'une des catégories de bénéficiaires suivantes :

1. Les travailleurs reconnus handicapés par la commission d'orientation et de reclassement des handicapés (remplacée par la Commission de reconnaissance du handicap et de la dépendance de Nouvelle-Calédonie (CRHD-NC) à compter du 1^{er} janvier 2009).
2. Les victimes d'accidents du travail ou de maladies professionnelles ayant entraîné une incapacité permanente au moins égale à 10 % et titulaires d'une rente attribuée par la caisse de compensation des prestations familiales, des accidents du travail et de prévoyance des travailleurs de la Nouvelle-Calédonie ou tout autre régime de protection sociale obligatoire.
3. Les titulaires d'une pension d'invalidité attribuée au titre du régime général de sécurité sociale ou de tout autre régime de protection sociale obligatoire, à condition que l'invalidité des intéressés réduise au moins des deux tiers leur capacité de travail ou de gain.
4. Les anciens militaires et assimilés, titulaires d'une pension militaire d'invalidité au titre du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre.

Comment recenser les bénéficiaires ?

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.

Dans la liste nominative des agents bénéficiaires employés par la collectivité ou l'établissement en 2015 :

1- Remplissez les informations relatives à l'agent, puis indiquez sa catégorie de bénéficiaire.
Un bénéficiaire peut appartenir à une ou plusieurs de ces catégories ;
il ne doit pas pour autant être comptabilisé plusieurs fois.

2 - Précisez la valeur résultant de la nature du contrat de travail de l'agent :

BENEFICIAIRE	
<p>CARACTÉRISTIQUES DE L'AGENT BÉNÉFICIAIRE</p> <p>Nom : <input type="text"/></p> <p>Prénom : <input type="text"/></p> <p>Année de naissance : <input type="text"/></p> <p>Date d'embauche de l'agent</p> <p>Sexe : <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F L'agent</p> <p>est-il présent au 31 décembre 2015 ?</p> <p><input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>Si NON, indiquez la date : <input type="text"/></p> <p>L'agent est-il à temps partiel ?</p> <p><input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>Si OUI, indiquez le taux de temps partiel <input type="text"/> %</p> <p>Catégorie socio professionnelle : (ex : ouvrier, cadre, ...)</p> <p><input type="text"/></p> <p>Intitulé de l'emploi : (ex : manoeuvre, secrétaire, ...)</p> <p><input type="text"/></p>	<p>TYPE DE RECONNAISSANCE DE LA QUALITÉ DE BÉNÉFICIAIRE <i>Cochez la ou les cases correspondantes en fonction du type de handicap</i></p> <p>1- Reconnaissance attribuée par la commission de reconnaissance du handicap et de la dépendance..... <input type="checkbox"/></p> <p>2- Victime d'accident du travail ou de maladie professionnelle</p> <p>AT (Accident du travail)..... <input type="checkbox"/></p> <p>MP (Maladie professionnelle)..... <input type="checkbox"/></p> <p>Indiquez le taux d'incapacité permanente (minimum 10 % et non cumulable) <input type="text"/> %</p> <p>3- Invalide pensionné..... <input type="checkbox"/></p> <p>4- Invalide militaire pensionné <input type="checkbox"/></p> <p>Valeur résultant des contrats : Le bénéficiaire en CDI, CDD totalisant au moins 6 mois de présence à mi-temps sur l'année, compte pour 1 unité sinon pour 0.</p> <p>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.</p> <p>- Valeur résultant du (ou des) contrat(s) de travail (maximum 1) à retenir pour le calcul de C : <input type="text"/></p> <p>Unité : <input type="text"/></p>

– un agent compte **pour 1 unité, quel que soit** son temps de travail, temps complet ou temps partiel, sous réserve d'une **quotité de travail au moins égale à mi- temps, s'il a été présent :**

- en CDI **au moins 6 mois sur l'année, même** en cas de congés maladie, maternité ou de formation, morcelant l'année en des périodes inférieures à 6 mois ;

- en CDI après une période de CDD, sans pour autant que les deux périodes se suivent, pourvu qu'elles constituent une présence totale d'**au moins 6 mois sur l'année ;**

- en CDD **au moins 6 mois.**

– un agent en CDD de **moins de 6 mois ne doit pas** être comptabilisé.

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

3- **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
(voir les exemples en page 3 de la présente notice).

4- Si vous employez plusieurs agents bénéficiaires, additionnez en bas de chaque page la valeur obtenue pour chacun d'eux. Une fois recensés tous les agents bénéficiaires, reportez en C le total général **(page 2 du formulaire principal)** rubrique IV.1.

ATTENTION : Les agents bénéficiaires, dont le contrat de travail est suspendu, ou qui remplacent des agents dont le contrat de travail est suspendu, sont pris en compte dans l'effectif des bénéficiaires et comptent pour 1 s'ils ont été présents au moins 6 mois dans la collectivité ou l'établissement en CDI ou en CDD.

EXEMPLES	
1- Un bénéficiaire en CDI, présent toute l'année à temps partiel, sous réserve d'une quotité de travail au moins égale à un mi-temps et dont la reconnaissance est valable toute l'année	compte pour 1
2- Un bénéficiaire en CDD ou CDI employé à partir du mois de septembre (donc présent moins de 6 mois).....	ne compte pas
3- Un bénéficiaire en CDD, présent toute l'année à temps plein, dont la reconnaissance prend effet le 1 ^{er} novembre (donc une reconnaissance de moins de 6 mois)	ne compte pas
4- Un bénéficiaire en CDD, présent du 1 ^{er} janvier au 1 ^{er} juillet à temps plein, dont la reconnaissance, prend effet le 1 ^{er} mars (donc une reconnaissance de moins de 6 mois car ne coïncidant pas avec le contrat)	ne compte pas
5- Un bénéficiaire en CDI, présent de janvier à août à temps plein, dont la reconnaissance s'achève le 30 octobre.....	compte pour (1 X 1) = 1
6- Un bénéficiaire en CDD présent du 1 ^{er} janvier au 30 septembre à temps partiel, dont la reconnaissance prend effet le 1 ^{er} mars et s'achève le 31 août	compte pour (1 X 1) = 1

Pour chaque bénéficiaire employé, joignez le justificatif de la qualité de bénéficiaire de l'obligation d'emploi.
(attestation de la CRHD ou versement d'une rente avec un taux d'incapacité d'au moins 10 % versé par la CAFAT ou tout autre régime de protection sociale obligatoire ou pension d'invalidité versée par la CAFAT ou tout autre organisme de protection sociale obligatoire dont l'handicap réduit de 2/3 la capacité de travail ou de gain ou pension militaire d'invalidité)

IV.2. LA CONCLUSION DE CONTRATS DE FOURNITURES DE SOUS-TRAITANCE OU DE PRESTATIONS DE SERVICES AVEC DES ATELIERS PROTÉGÉS (AP) OU DES CENTRES D'AIDE PAR LE TRAVAIL (CAT) AGRÉÉS

Cette modalité de mise en oeuvre ne peut exonérer votre collectivité ou votre établissement que dans la proportion de 50 % de son obligation d'emploi calculée en B.

Comment recenser les unités résultant de ces contrats ?

1. Pour chacun des contrats de fournitures de sous-traitance ou de prestations de services conclus avec des AP ou CAT appliquez la formule suivante :

$$\left(\text{Prix hors taxe des fournitures ou prestations} - \text{Coût des matières premières, produits, matériaux consommation et frais de vente} \right) / \left(2000 \times \text{taux horaire du SMG} \right)$$

Le taux horaire du SMG à prendre en compte est celui applicable au 31 décembre 2015. Soit **904,81 XPF**.

2. Si la collectivité ou l'établissement a conclu plusieurs contrats, additionnez les unités associées à chacun d'entre eux.

3. Reportez le résultat en **D**.

D ne doit pas être supérieur à 50 % de B.

Arrondir à 2 chiffres après la virgule. Exemple, si le résultat est égal à 1,862 bénéficiaires, arrondir à 1,86.

IV.2. LA COLLECTIVITÉ OU L'ÉTABLISSEMENT A-T-IL SIGNÉ EN 2015 DES CONTRATS

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

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

OUI NON

Si **OUI**, calculez le nombre d'unités des différents types de contrat (voir modalités de calcul 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'unités qui leur est associé, puis poursuivez le remplissage de la déclaration en IV.3.

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

Total général du nombre d'unités à retenir résultant des contrats conclus en 2015 (maximum 50 % de B) :

D

(Arrondir 2 chiffres après la virgule)

Joignez les pièces justificatives (copie des contrats conclus avec les AP et les CAT) ainsi que tous les justificatifs permettant de calculer le nombre d'unités qui leur sont associés.

IV.3. LE VERSEMENT D'UNE CONTRIBUTION

Cette partie vous permet de déterminer si votre collectivité ou votre établissement a rempli son obligation d'emploi par les modalités de mise en oeuvre précédentes ou si elle doit verser une contribution pour répondre totalement à l'obligation d'emploi.

Additionnez les résultats obtenus en C et D sur le formulaire principal. Si le résultat obtenu est :

- **égal ou supérieur au nombre de bénéficiaire(s)** que votre collectivité ou votre établissement devait employer en 2015 (calculé en B), l'obligation d'emploi est remplie. Le remplissage de la déclaration s'achève. Signez-la en page 4 du formulaire principal et retournez-la à la DTE dont les coordonnées figurent en page 1.
- **inférieur au nombre de bénéficiaire(s)** que votre collectivité ou votre établissement devait employer en 2015 (calculé en B), votre collectivité ou votre établissement doit verser une contribution pour remplir son obligation d'emploi. Le remplissage de la déclaration se poursuit en pages 3 et 4 du formulaire principal.

Le remplissage de la déclaration se poursuit en pages 3 et 4 du formulaire principal.

V. LA CONTRIBUTION : MODALITÉ DE CALCUL ET VERSEMENT

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

La contribution est calculée en multipliant le nombre de bénéficiaire(s) manquant(s) par un coefficient multiplicateur et par le taux horaire du SMG.

Le coefficient multiplicateur applicable est de :

- 400 le SMG horaire, si votre établissement ou collectivité compte moins de 100 agents ;
- 500 le SMG horaire, si votre établissement ou collectivité compte 100 agents et plus.

Nombre de bénéficiaire(s) manquant(s) \downarrow

Montant de la contribution avant dépenses déductibles \downarrow

E X X = **F**

(coefficient 400 ou 500) (Taux horaire du SMG) (Ignorer les chiffres après la virgule)

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

Le taux horaire du SMG à prendre en compte est celui applicable au 31 décembre 2015.
• Soit **904,81 XPF**.

Exemple, si le résultat est égal à 187 600,55 XPF, arrondir à 187 600 XPF.

Remarque :

Pour les collectivités ou établissements n'employant aucun bénéficiaire de l'obligation d'emploi et n'acquittant pas partiellement l'obligation d'emploi en passant des contrats de fournitures de sous-traitance ou de prestations de service pendant une période supérieure à trois ans, le montant de la contribution annuelle est multiplié par deux.

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.

Si 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.

OUI

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.

NON

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

Montant de la contribution avant dépenses déductibles

X

2

=

Montant du doublement de la contribution

F

G

V.3. LES DÉPENSES DÉDUCTIBLES DE LA CONTRIBUTION ?

Votre collectivité ou votre établissement peut déduire du montant de sa contribution les dépenses engagées en 2015 pour favoriser l'accueil, l'insertion ou le maintien dans l'emploi de personnes en situation de handicap.

Le montant des dépenses déductibles à retenir est le montant TTC.

Il 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.

Quelles sont les dépenses pouvant être déduites ?

- la réalisation de travaux dans la collectivité ou l'établissement afin de faciliter l'accessibilité sous toutes ses formes de personnes en situation de handicap ;
- la réalisation d'études et d'aménagements des postes de travail en liaison avec le médecin du travail afin d'améliorer l'insertion professionnelle de personnes en situation de handicap dans la collectivité ou l'établissement.

Joignez les pièces justificatives permettant d'établir les dépenses déductibles réalisées par la collectivité ou de l'établissement (Copie des factures des travaux et études réalisés).

OUI

Si **OUI**, indiquez le montant des dépenses déductibles (**H**). Ce montant ne peut être supérieur au montant de la contribution avant dépenses déductibles calculé en (**F**) ou au montant du doublement de la contribution (**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 2015

H

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

montant de votre contribution au titre de l'année 2015 est égal au montant que vous avez obtenu en **F** ou en **G**, duquel vous devez soustraire le montant des dépenses déductibles calculé en V.3.

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)

F ou G

Montant des dépenses déductibles

H

Montant de la contribution
après dépenses déductibles

I

Le remplissage de la déclaration s'achève.

MODALITÉS D'ENVOI DE LA DÉCLARATION ET DE LA CONTRIBUTION

- La date limite pour envoyer votre déclaration annuelle obligatoire d'emploi des personnes en situation de handicap est fixée au **15 Février 2016** à la DTE, dont les coordonnées figurent en page 1 du formulaire principal. A défaut, votre collectivité ou votre établissement est considérée comme ne satisfaisant pas à l'obligation et est passible de la pénalité prévue à l'article 23 de la délibération n° 457 du 8 janvier 2009 (voir ci-dessous).
- La déclaration doit être accompagnée de toutes les pièces justificatives nécessaires au contrôle.
- Vous devez envoyer votre **contribution** au plus tard le **15 Février 2016**, accompagnée du bordereau de transmission :
 - par chèque, au **fonds d'insertion professionnelle pour les personnes en situation de handicap, BP M1 98849 Nouméa cedex** ;
 - par virement en versant votre contribution sur le compte RIB **fonds d'insertion professionnelle pour les personnes en situation de handicap - FIPH, 18319/06711/43186301016/73.**
- Votre collectivité ou votre établissement encourt une pénalité si :
 - vous ne renvoyez pas votre déclaration ;
 - vous ne répondez pas aux demandes de pièces justificatives faites par l'autorité administrative ;
 - vous ne remplissez pas totalement votre obligation d'emploi de personnes en situation de handicap.

La pénalité prévue à l'article 23 de la délibération n° 457 du 8 janvier 2009 est égale au montant de la contribution annuelle majorée de 25 %.

La pénalité est fixée par le directeur du travail et de l'emploi, après contrôle de la déclaration et est notifiée par décision motivée. Elle donne lieu à l'émission d'un titre de perception dont le recouvrement est assuré par le trésorier-payeur général.

INFORMATIONS PRATIQUES

- Depuis le 1^{er} janvier 2010, vous pouvez télécharger les différentes pages du formulaire sur le site suivant : <http://www.dtenc.gouv.nc>, rubrique "Formulaires officiels" puis "Travailleurs handicapés".
- Certains employeurs souhaitent répondre sans utiliser directement le formulaire de déclaration fourni par l'administration mais en reconstituant informatiquement ce formulaire, dont ils intègrent la sortie à leur système de gestion du personnel. Cette possibilité leur est ouverte, mais ils doivent respecter les conditions suivantes :
 - l'image du formulaire doit être rigoureusement identique à celle du document original.
 - le format doit être le même que celui du document original.
 - la collectivité ou l'établissement doit adresser à la DTE l'exemplaire du formulaire ainsi reconstitué et en conserver un.
 - le nom de la personne éventuellement à joindre pour toutes précisions éventuelles doit être mentionné.
- Emploi de personnes en situation de handicap.

Pour tout renseignement concernant l'emploi de personnes en situation de handicap, vous pouvez vous adresser :

 - à la DTE ;
 - à la DASS pour la reconnaissance du statut de travailleur handicapé.
- Relation avec le secteur protégé : La liste des structures d'emploi adaptées (Atelier protégé et Centre d'aide par le travail), peut vous être adressée par la direction du travail et de l'emploi.