

AIP

Aide à l'Insertion
Professionnelle

Formulaire de prescription de l'AIP

En vigueur pour les embauches à compter du 1^{er} janvier 2015

A transmettre impérativement complété et signé dans son intégralité

Identification de l'employeur

Raison sociale (ou nom et prénom) :

Enseigne commerciale :

Siret :

Votre identifiant Agefiph si vous le connaissez : PM.....

Adresse postale :

.....

Code postal : Ville :

Personne à contacter : M. Mme

Nom : Prénom :

Fonction :

Téléphone : Tél mobile :

Adresse mail :

Code postal : Ville :

Responsable légal : M. Mme

Nom : Prénom :

Qualité :

Type d'employeur : Entreprise privée (hors intérim) Exploitation agricole

Travailleur indépendant, profession libérale Particulier employeur EPIC

Organisation professionnelle/patronale Syndicat de salariés

Association Autre, précisez :

Code NAF 2008 :

Effectif salarié de l'établissement : _____

Nombre de personnes handicapées employées dans l'établissement : _____

Cocher si l'établissement est assujéti à l'obligation d'emploi de travailleurs handicapés

Accord en faveur de l'emploi des personnes handicapées :

Un accord agréé relatif à l'emploi des personnes handicapées au titre de l'article L5212-8 du Code du Travail (exonérateur de la contribution Agefiph) s'applique-t-il à l'établissement concerné ? Oui Non

Si oui : date de début/...../..... Date de fin de l'accord/...../..... Le quota de 6% est-il atteint ? Oui Non

Attention les établissements employeurs sous accord agréé au titre de l'emploi des personnes handicapées ne sont pas éligibles à l'AIP à l'exception de ceux ayant atteint le quota de 6%

Identification du salarié handicapé

M. Mme

Nom d'usage : Nom de naissance :

Prénom : Date de naissance : / /

Département de naissance :

Adresse postale :

.....

Code postal Ville :

Téléphone professionnel : Téléphone personnel :

Adresse mail :

Situation par rapport au handicap

Nature du handicap principal : Handicap moteur Maladie invalidante Handicap visuel Handicap auditif
 Handicap mental Handicap psychique Multihandicaps

Titre de bénéficiaire du statut de personne handicapée

Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé délivrée par la Cotorep ou la CDAPH

Titulaire d'une pension d'invalidité, d'une rente d'accident du travail ou d'une maladie professionnelle

Uniquement titulaire de l'AAH Uniquement titulaire de la carte d'invalidité

Autre catégorie (pensionné de guerre, mutilé de guerre et assimilés...)

Dates de validité : début / / fin / / ou Attribué à titre définitif

Justificatif d'attente d'un des titres de bénéficiaire ci-dessus

Situation de la personne handicapée avant l'embauche :

Salarié de droit privé (hors alternance) Demandeur d'emploi depuis moins d'un an

Demandeur d'emploi depuis un à deux ans Demandeur d'emploi depuis deux ans et plus

Sortant de CRP Sortant d'un établissement de secteur adapté/protégé (IMPRO, IME, ESAT, EA)

Niveau de formation : Niveau VI (sans formation ou certificat d'études primaires) Niveau V bis (3^{ème})

Niveau V (BEP, CAP, Brevet des collèges) Niveau IV (Bac, Bac technique) Niveau III (Bac + 2)

Niveau I à II (Bac + 3 et plus)

Contrat de travail donnant lieu à la prescription

Nature du contrat : À durée indéterminée

À durée déterminée (12 mois et plus)

Dans ce dernier cas préciser la durée du contrat en mois :

Catégorie de poste occupé : Ouvriers qualifiés Manœuvres, Ouvriers spécialisés Agents de maîtrise, techniciens,
 Cadres Employés non qualifiés Employés qualifiés

Date d'embauche : / / Durée hebdomadaire de travail :h

Pièces justificatives obligatoires à transmettre :

Le présent formulaire complété, signé et cacheté par l'employeur et le prescripteur :

La copie du contrat de travail signé de l'employeur et du salarié handicapé

La copie du bulletin de salaire du 1^{er} mois de travail effectif ;

La copie du justificatif du statut de la personne handicapée (selon l'article L5212-13 du code du travail)
ou la copie du justificatif de la demande en cours

Le relevé d'identité bancaire de l'employeur (compte professionnel)

La copie de l'avis médical d'aptitude à l'embauche (volet employeur)

l'Agefiph se réserve la possibilité de demander toutes pièces justificatives complémentaires

Partie à remplir par l'organisme prescripteur de l'AIP

Cap Emploi Pôle Emploi Mission locale Autre (préciser)

Nom de l'organisme :

Adresse :

.....

Code postal : Ville :

Nom Prénom de la personne à contacter :

Adresse mail : Téléphone :

Détermination du montant de l'AIP pour toute embauche à compter du 01/01/2015 : 2 montants disponibles

Durée hebdomadaire de travail effectuée :heures

Montant

Cocher la case

CDD 12 mois et plus et CDI

- temps plein (durée conventionnelle)

4 000 €

- temps partiel (minimum 16h hebdo)¹

2 000 €

Situation de la personne handicapée (cocher le critère prioritaire retenu) :

Agée de 45 ans et plus

Demandeur d'emploi ayant travaillé moins de 6 mois consécutifs dans les 12 mois précédant l'embauche

Sortant d'un établissement du milieu protégé ou adapté (préciser la date de sortie :/...../.....)

Sortant de CRP (préciser la date de sortie :/...../.....)

Personne handicapée embauchée par le même employeur en CDI ou CDD d'au moins 12 mois suite à un ou plusieurs contrats totalisant au moins 6 mois d'activité dans les 12 derniers mois.



**Pré-enregistrement téléphonique
obligatoire au 0800 11 10 09**
(appel gratuit depuis un poste fixe)

Date :

N° attribué (obligatoire²) :

Organisme - Signature, date et cachet

¹ Ou, dans le cas d'une durée de travail annualisée, de 720 h minimum

² Ce numéro est obligatoire et sera exigé pour traiter la demande de financement.

Le formulaire et les pièces justificatives sont à adresser à l'adresse suivante :

Centre de traitement Agefiph

TSA 30001

41013 BLOIS CEDEX



plus d'infos sur www.agefiph.fr

Obligations de l'employeur :

- L'employeur doit avoir signé (et cacheté le cas échéant) le présent formulaire.
- Pour être recevable, le présent formulaire de demande d'AIP doit être transmis à l'Agefiph **dans un délai maximal de trois mois à compter de la date d'embauche**, aucune dérogation ne sera accordée après ce délai.
- **L'employeur doit obligatoirement joindre au présent formulaire les documents justificatifs suivants :**
 - La copie du contrat de travail signé de l'employeur et du salarié handicapé
 - La copie du bulletin de salaire du 1^{er} mois de travail effectif ;
 - La copie du justificatif du statut de personne handicapée (selon l'article L5212-13 du code du travail) ou la copie du justificatif de la demande en cours
 - Son relevé d'identité bancaire (compte professionnel)
 - La copie de l'avis médical d'aptitude à l'embauche (volet employeur)

L'Agefiph se réserve la possibilité de demander toutes pièces justificatives complémentaires.

- L'employeur s'engage à signaler à l'Agefiph la rupture anticipée du contrat de travail qui interviendrait dans les 12 mois suivant l'embauche effective.
- L'employeur s'engage à produire les pièces justificatives relatives aux conditions d'exécution du contrat de travail que l'Agefiph pourrait demander dans le cadre d'un contrôle dans un délai de trois ans à compter du versement de l'AIP.

L'employeur est informé :

- qu'il sera tenu de restituer l'aide perçue dans un délai de 15 jours à compter de la réception d'un courrier de mise en demeure adressé en recommandé avec accusé de réception, dans l'une ou l'autre des hypothèses suivantes :
 - Inobservation de l'une quelconque des dispositions résultant des présentes conditions générales,
 - Usage de faux ou de déclaration mensongère,
 - Obstruction de quelque manière que ce soit au contrôle mentionné ci-dessus ;
 - Rupture anticipée du contrat de travail intervenant dans les 12 mois suivant l'embauche effective.

La prescription sera validée :

- sous réserve de la production et de la conformité de l'intégralité des pièces justificatives requises, telles que mentionnées ci-dessus.
- Dans la limite des crédits budgétaires disponibles.

L'employeur déclare :

- Qu'il est à jour des versements de ses cotisations et contributions sociales ;
- Que cette embauche ne résulte pas du licenciement d'un salarié en CDI ;
- Qu'il n'a pas procédé à un licenciement pour motif économique au cours des 6 derniers mois ;
- Qu'il n'a pas fait l'objet d'un procès-verbal pour travail illégal ;
- Qu'il ne bénéficie pas pour le même salarié, d'un contrat aidé par l'Etat, une Collectivité territoriale ou l'Unedic.
- Qu'il embauche de manière effective la personne handicapée et assume à cet effet la totalité des obligations légales et réglementaires afférentes au contrat de travail.
- Que la relation contractuelle avec la personne handicapée est en cours d'exécution au jour du dépôt de la demande (la subvention ne pourra être versée si le salarié n'est plus dans l'emploi ou est en cours de préavis) ;
- Qu'il accepte la communication, à des fins d'évaluation, par l'Agefiph à des prestataires mandatés des informations contenues dans le présent dossier, ceci sans préjudice du droit d'accès ouvert aux personnes concernées³
- Qu'il accepte la transmission par l'Agefiph à l'organisme prescripteur de l'AIP, d'informations concernant la présente demande. En cas de refus, cocher la case
- Qu'il est informé de la règle de non-cumul de l'AIP avec l'AETH pour la 1^{ère} année suivant l'embauche (tout versement de l'AETH sur cette période donnant lieu à un remboursement de l'AIP).

Nom et qualité de l'employeur :

Signature, date et cachet

Faire précéder la signature de la mention manuscrite « Lu et approuvé »

³ Les informations communiquées dans ce formulaire font l'objet d'un traitement informatique qui a été déclaré en date du 30/05/2013 auprès de la Commission Nationale Informatique et Liberté. En application de l'article 27 de la loi du 6 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification sur les données vous concernant. Vous adresserez vos demandes au Siège de l'Agefiph (192 avenue Aristide Briand 92226 BAGNEUX cedex).

AIP

Notice explicative du dossier-formulaire

Mémo

Notez ici les éléments à ne pas oublier :

Votre contact Cap Emploi, Pôle Emploi ou Mission Locale :

.....

Son numéro de téléphone :

Date d'envoi de votre dossier à l'Agefiph : / /

Numéro de votre dossier Agefiph :

(il vous sera communiqué dans un courrier que vous recevrez prochainement)

▲ Comment se passe l'attribution de l'AIP ?

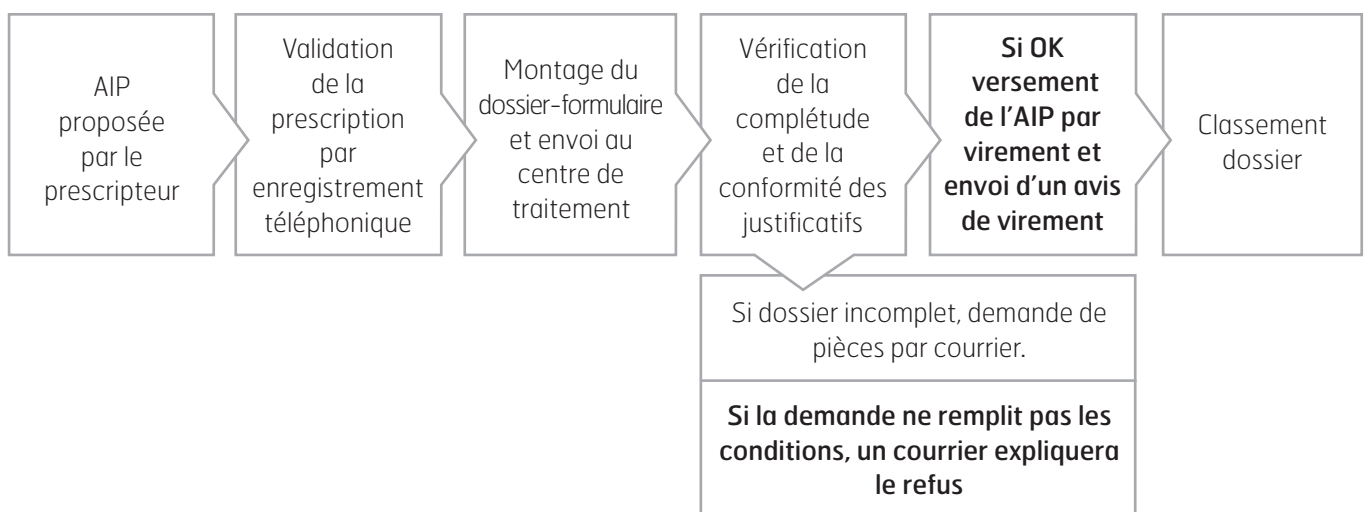
La mise en place de l'AIP doit obligatoirement faire l'objet d'une déclaration téléphonique par le prescripteur auprès du service gestionnaire, qui valide la prescription en attribuant un numéro d'enregistrement obligatoirement reporté sur le dossier-formulaire AIP.

Le dossier-formulaire doit ensuite être complété par l'employeur et le prescripteur, qui doivent le signer tous les deux, puis être adressé, accompagné des justificatifs mentionnés, au centre de traitement Agefiph.

A réception du dossier-formulaire par le centre de traitement Agefiph :

- nous vérifierons que votre demande remplit les conditions d'attribution.
- Si des informations ou des justificatifs manquent, nous les demanderons par courrier.

La décision vous sera notifiée par courrier : dans le cas d'un avis favorable vous recevrez un avis de virement de l'AIP; dans le cas d'un avis défavorable un courrier vous expliquera les motifs du refus.



Les décisions prises par l'Agefiph peuvent faire l'objet d'une demande de réexamen dans un délai d'un mois à compter de la réception de la notification de décision.

Toutefois aucun réexamen d'un refus motivé par l'épuisement des crédits budgétaires ne pourra être accepté.

▲ Comment remplir le dossier-formulaire d'AIP ?

Identification de l'employeur :

Raison sociale Indiquer la dénomination sociale de l'établissement où travaille le salarié handicapé.

Siret Inscrire le numéro de siret (14 chiffres) identifiant l'établissement.

Identifiant Agefiph Si vous le connaissez, indiquer la référence commençant par PM transmise lors du dépôt d'une récente demande à l'Agefiph.

Adresse code postal et ville Indiquer avec précision l'adresse postale de l'établissement.

Personne à contacter indiquer les coordonnées de la personne à qui seront adressés les courriers relatifs à la présente demande d'AIP.

Responsable légal indiquer les nom et prénom du représentant légal doté de la capacité juridique.

Type d'employeur Cocher la case correspondante.

Code NAF 2008 Indiquer le code NAF 2008 (4 chiffres et une lettre) concernant l'activité principale de l'établissement.

Effectif salarié de l'établissement

indiquer l'effectif total salarié au 31 décembre dernier.

Nombre de personnes handicapées employées dans l'établissement

indiquer le nombre de personnes handicapées employées au sein de l'établissement en incluant le salarié concerné par la présente demande d'AIP.

Identification du salarié handicapé :

Nom d'usage À renseigner si différent du nom de naissance (nom marital)

Prénom Indiquer le prénom courant de la personne handicapée

Date de naissance À renseigner sous forme JJ/MM/AAAA (par exemple 07/03/1965 pour le 7 mars 1965).

Département de naissance Indiquer le département de naissance de la personne handicapée, 99 en cas de naissance à l'étranger

Nature du handicap principal Cocher « handicap moteur » dans le cas d'une maladie ostéo-articulaire, d'une affection cérébrale ou médullaire ou neuro-musculaire entraînant des troubles de la motricité notamment des membres supérieurs et inférieurs ; « Maladie invalidante » dans le cas d'une maladie respiratoire, digestive, endocrine, infectieuse ou parasitaire ; « handicap mental » dans le cas d'une déficience intellectuelle, « handicap psychique » dans le cas d'une maladie mentale, « Multihandicaps » dans le cas d'une association de déficiences motrices, intellectuelles voire sensorielles sévères, et entraînant une restriction importante de l'autonomie.

Titre du bénéficiaire du statut de personne handicapée

Cocher la case correspondant au justificatif du statut de bénéficiaire de la loi (selon l'article L5212-13 du code du travail) dont relève la personne handicapée, et en indiquer les dates de validité sous forme JJ/MM/AAAA ou cocher la case si le statut de bénéficiaire a été octroyé à titre définitif.

Situation de la personne handicapée avant l'embauche

Cocher la case correspondant à la situation vis-à-vis de l'emploi à la veille de l'embauche faisant l'objet de la demande d'AIP.

L'AIP ne s'adresse pas aux employeurs dont les salariés étaient en contrat d'apprentissage ou de professionnalisation avant la présente embauche, une aide spécifique pouvant leur être attribuée sans obligation de prescription (contacter la Délégation Régionale).

Contrat de travail donnant lieu à la prescription :

Précisez la durée en mois s'il s'agit d'un contrat à durée déterminée.

Cocher la case correspondant à la catégorie de poste occupé.

Précisez la date à laquelle débute le contrat de travail et la durée hebdomadaire de travail (en heures)

**Rappel : le dossier-formulaire doit être complété et signé
par le prescripteur et l'employeur**

N'oubliez pas de joindre tous les justificatifs demandés !



N°Vert 0 800 11 10 09

DE 9H00 A 18H00 - APPEL GRATUIT DEPUIS UN POSTE FIXE

www.agefiph.fr

Obligations de l'employeur :

- L'employeur doit avoir signé (et cacheté le cas échéant) le présent formulaire.
- Pour être recevable, le présent formulaire de demande d'AIP doit être transmis à l'Agefiph **dans un délai maximal de trois mois à compter de la date d'embauche**, aucune dérogation ne sera accordée après ce délai.
- **L'employeur doit obligatoirement joindre au présent formulaire les documents justificatifs suivants :**
 - La copie du contrat de travail signé de l'employeur et du salarié handicapé
 - La copie du bulletin de salaire du 1^{er} mois de travail effectif ;
 - La copie du justificatif du statut de personne handicapée (selon l'article L5212-13 du code du travail) ou la copie du justificatif de la demande en cours
 - Son relevé d'identité bancaire (compte professionnel)
 - La copie de l'avis médical d'aptitude à l'embauche (volet employeur)

L'Agefiph se réserve la possibilité de demander toutes pièces justificatives complémentaires.

- L'employeur s'engage à signaler à l'Agefiph la rupture anticipée du contrat de travail qui interviendrait dans les 12 mois suivant l'embauche effective.
- L'employeur s'engage à produire les pièces justificatives relatives aux conditions d'exécution du contrat de travail que l'Agefiph pourrait demander dans le cadre d'un contrôle dans un délai de trois ans à compter du versement de l'AIP.

L'employeur est informé :

- qu'il sera tenu de restituer l'aide perçue dans un délai de 15 jours à compter de la réception d'un courrier de mise en demeure adressé en recommandé avec accusé de réception, dans l'une ou l'autre des hypothèses suivantes :
 - Inobservation de l'une quelconque des dispositions résultant des présentes conditions générales,
 - Usage de faux ou de déclaration mensongère,
 - Obstruction de quelque manière que ce soit au contrôle mentionné ci-dessus ;
 - Rupture anticipée du contrat de travail intervenant dans les 12 mois suivant l'embauche effective.

La prescription sera validée :

- sous réserve de la production et de la conformité de l'intégralité des pièces justificatives requises, telles que mentionnées ci-dessus.
- Dans la limite des crédits budgétaires disponibles.

L'employeur déclare :

- Qu'il est à jour des versements de ses cotisations et contributions sociales ;
- Que cette embauche ne résulte pas du licenciement d'un salarié en CDI ;
- Qu'il n'a pas procédé à un licenciement pour motif économique au cours des 6 derniers mois ;
- Qu'il n'a pas fait l'objet d'un procès-verbal pour travail illégal ;
- Qu'il ne bénéficie pas pour le même salarié, d'un contrat aidé par l'Etat, une Collectivité territoriale ou l'Unedic.
- Qu'il embauche de manière effective la personne handicapée et assume à cet effet la totalité des obligations légales et réglementaires afférentes au contrat de travail.
- Que la relation contractuelle avec la personne handicapée est en cours d'exécution au jour du dépôt de la demande (la subvention ne pourra être versée si le salarié n'est plus dans l'emploi ou est en cours de préavis) ;
- Qu'il accepte la communication, à des fins d'évaluation, par l'Agefiph à des prestataires mandatés des informations contenues dans le présent dossier, ceci sans préjudice du droit d'accès ouvert aux personnes concernées¹
- Qu'il accepte la transmission par l'Agefiph à l'organisme prescripteur de l'AIP, d'informations concernant la présente demande. En cas de refus, cocher la case
- Qu'il est informé de la règle de non-cumul de l'AIP avec l'AETH pour la 1^{ère} année suivant l'embauche (tout versement de l'AETH sur cette période donnant lieu à un remboursement de l'AIP).

¹ Les informations communiquées dans ce formulaire font l'objet d'un traitement informatique qui a été déclaré en date du 30/05/2013 auprès de la Commission Nationale Informatique et Liberté. En application de l'article 27 de la loi du 6 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification sur les données vous concernant. Vous adresserez vos demandes au Siège de l'Agefiph (192 avenue Aristide Briand 92226 BAGNEUX cedex).