

# AIP

Aide à l'Insertion  
 Professionnelle

## Formulaire de prescription de l'AIP

En vigueur pour les embauches à compter du 1<sup>er</sup> avril 2016

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<sup>ème</sup>)

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<sup>er</sup> 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 01/04/2016 : 2 montants disponibles

Durée hebdomadaire de travail effectuée : .....heures **Montant** **Cocher la case**

#### CDD 12 mois et plus et CDI

- temps plein (durée conventionnelle)

2 000 €

- temps partiel (minimum 24h hebdo)<sup>1</sup>

1 000 €

### 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 (obligatoire<sup>2</sup>) : .....

Organisme - Signature, date et cachet

<sup>1</sup> Ou, dans le cas d'une durée de travail annualisée, de 1.080 h minimum. Si la durée est inférieure à 24h hebdomadaires en raison d'une dérogation légale ou conventionnelle, la durée plancher est fixée à 16h minimales hebdomadaires.

<sup>2</sup> 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](http://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<sup>er</sup> 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 concernées<sup>3</sup>
- 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<sup>ère</sup> 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 »

<sup>3</sup> 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).