

A remplir si vous êtes en EMPLOI

Veuillez compléter et joindre à votre dossier ce document pour toute demande de :

- Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH)
- Orientation professionnelle (ORP) dont demande de formation
- Prestations financières (AAH – Complément de Ressources)

A- IDENTIFICATION DE LA PERSONNE

NOM :
 Prénom :
 Date de naissance :
 Adresse :

 Code postal : Ville :

B – PRECISIONS SUR VOTRE EMPLOI

Salarié Travailleur Indépendant
 Précisez.....

EMPLOYEUR ACTUEL

NOM : Secteur d'activité :
 Adresse :

TYPE DE CONTRAT

CDI CDD Intérim Apprentissage
 Entreprise Adaptée ESAT
 Autre, précisez :

Date de début : Date de fin :

Intitulé du poste de travail :

Temps de travail :

Temps plein Temps partiel :Heures par semaine
 Précisez les raisons : Personnelles
 Médicales
 Du fait de l'employeur



POSITION

- En activité En arrêt depuis le :
Date éventuelle de reprise :
- Motif de l'arrêt : Accident du travail Maladie professionnelle
 Arrêt maladie Autres motifs, précisez :
.....

- Percevez-vous une **rente ou une pension** : non oui
Si oui, depuis quelle date : (**Joindre un justificatif**)
Et préciser la nature :
 Rente accident du travail
 Rente maladie professionnelle
 Pension d'invalidité
Précisez la catégorie : 1 2 3

Avez-vous des **difficultés sur votre poste de travail** en lien avec votre handicap ?

- Non Oui
précisez

Quelle est la date de la **dernière visite médicale auprès du médecin du travail** :

- Avis émis : Apte
 Inapte
 Restrictions d'aptitudes médicales (*joindre la copie*)

Un **aménagement de votre poste** de travail est :

- Réalisé Envisagé par le médecin du travail Souhaité par vous-même

Vous avez été maintenu dans l'entreprise sur un autre poste de travail dont l'intitulé est :

-
 Sans aménagement Avec aménagement (techniques, horaires.....), précisez :
.....

Quel était l'intitulé de l'ancien poste occupé :

Etes-vous aidé par un (des) partenaire(s) extérieur(s) à l'entreprise pour votre maintien dans l'emploi ?

- SAMETH (Service d'Appui au Maintien dans l'Emploi des Travailleurs Handicapés)
 Service social (CARSAT, MSA, ou entreprise), précisez :
 Autre, précisez :

Si vous ne connaissez pas ces services gratuits aux salariés, souhaitez-vous des informations sur leurs missions :

- Oui Non



Si un licenciement est envisagé, précisez :

Inaptitude médicale

Economique

Rupture conventionnelle

Autre, précisez :

Date d'effet du licenciement :

C- PROJET PROFESSIONNEL

Envisagez-vous un projet professionnel ? Non Oui, Précisez :

.....
.....
.....
.....
.....

Fait à :

Le :

Signature :