



Adresse de l'unité territoriale ou de la DIECCTE
à laquelle vous devez retourner le formulaire

DIRECCTE UT75 SITH DOETH
35 r. de la Gare CS 60003
75144 PARIS CEDEX 19
FAX 0170961880
+arrond + SIRET
0170961775

DÉCLARATION ANNUELLE OBLIGATOIRE D'EMPLOI DES TRAVAILLEURS HANDICAPÉS, DES MUTILÉS DE GUERRE ET ASSIMILÉS

Pour la période du 1^{er} janvier au 31 décembre 2011
(Cinquième partie, Livre II, titre I^{er}, chapitre II du Code du travail)
Date limite d'envoi : 15 février 2012

I. IDENTITÉ DE L'ÉTABLISSEMENT ET INFORMATIONS GÉNÉRALES

I.1. IDENTITÉ DE L'ÉTABLISSEMENT :

N° SIRET au 31-12-2011 : 3 8 0 1 2 9 8 6 6 0 0 0 1 4

Code APE : 6110Z

SIÈGE DE LA DIRECTION GÉNÉRALE
FRANCE TELECOM
6 D ALLERAY
75505 PARIS 15
75505 PARIS CEDEX 15

Nom d'utilisateur Télé-DOETH :

Mot de passe Télé-DOETH :

Si votre établissement a l'autonomie de gestion du personnel,
votre déclaration inclut-elle les effectifs d'autre(s) établissement(s)
n'ayant pas cette autonomie de gestion ? ☐ Oui ☐ Non

Si votre établissement n'a pas l'autonomie de gestion, indiquez le SIRET sous
lequel son effectif est intégré :

Dans ce dernier cas, le remplissage de la déclaration s'achève. Vous devez la signer
en page 4 et la renvoyer à l'adresse indiquée en haut de page.

Si les informations préimprimées à gauche sont inexactes, vous devez les corriger
ici et indiquer le motif en cochant la case correspondant à votre situation :

N° SIRET au 31-12-2011 :

Code APE :

Enseigne :

Raison sociale :

N° BP :

N° Rue ou lieu-dit :

Code postal : Commune :

Motif de la correction :

VENTE D'ÉTABLISSEMENT <input type="checkbox"/>	DÉMÉNAGEMENT <input type="checkbox"/>
ACHAT D'ÉTABLISSEMENT <input type="checkbox"/>	ADRESSE INCOMPLÈTE <input type="checkbox"/>
FUSION D'ÉTABLISSEMENTS <input type="checkbox"/>	INFORMATIONS ERRONÉES <input type="checkbox"/>
CHANGEMENT DE STATUT <input type="checkbox"/>	LIQUIDATION JUDICIAIRE <input type="checkbox"/>

I.2. ADRESSE D'ENVOI DU FORMULAIRE DE DÉCLARATION :

Le formulaire vous a été envoyé à l'adresse préimprimée figurant à droite. Si vous souhaitez qu'il soit envoyé à une autre adresse, par exemple à un autre
établissement de votre société, utilisez cette colonne ci-dessous :

FRANCE TELECOM
Direction de la Diversité Groupe
Mission Insertion Handicap
A l'attention de Mr Dominique NOGENT

Routage4 P 00000520

FRANCE TELECOM - DRH GROUPE
DIRECTION DU MANAGEMENT DES COMPETENCES
6- PL D'ALLERAY
ET DE L'EMPLOI
MISSION INSERTION HANDICAP
75505 PARIS CEDEX 15
A l'attention de M. ou Mme

N° Rue ou lieu-dit :

Code postal : 75505 Commune : PARIS CEDEX 15

I.3. INFORMATIONS GÉNÉRALES :

Indiquez les coordonnées de la personne à contacter pour toutes informations complémentaires :

Nom : NOGENT Prénom : Dominique Téléphone : 0144443885

Télécopie : Courriel : dominique.nogent@orange.com

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

- L'établissement a-t-il moins de 20 salariés au 31 décembre 2011 (le nombre de salariés en CDI est apprécié à cette date ;
les autres salariés sont calculés au prorata de leur temps de présence
même s'ils ne font plus partie de l'effectif au 31 décembre) OUI ☐ NON ☒ Si oui, indiquez l'effectif :
- L'établissement a-t-il fermé définitivement avant le 31 décembre 2011 ? OUI ☐ NON ☒ Si oui, indiquez la date :
→ Si vous avez coché OUI aux cas 1 ou 2, l'établissement n'est pas soumis à l'obligation d'emploi en 2011. Le remplissage de la déclaration s'achève.
Vous devez la signer en page 4 avant de la renvoyer à l'adresse indiquée en haut de page 1. Sinon, poursuivez ci-dessous son remplissage :
- L'établissement a-t-il été créé en 2009, 2010, 2011 ? OUI ☐ NON ☒ Si oui, indiquez l'année :
- L'établissement a-t-il passé pour la première fois le seuil des 20 salariés en 2009, 2010, 2011 ? OUI ☐ NON ☒ Si oui, indiquez l'année :
→ Si vous avez coché OUI aux cas 3 ou 4, l'établissement n'est pas assujéti en 2011. Vous devez obligatoirement déclarer l'effectif (III) en page 2 et
répondre aux questions IV.1, IV.2 et IV.4 avant de signer ce formulaire en page 4 et de le renvoyer à l'adresse indiquée en haut de page 1.
Si vous avez répondu NON, continuez le remplissage de la déclaration page suivante en III.

III. CALCUL DE L'OBLIGATION LÉGALE D'EMPLOI

Vous devez dans cette partie calculer l'effectif d'assujettissement de votre établissement, selon les règles définies à l'article L. 1111-2 du Code du travail (pour le calcul, voir la notice explicative page 2), et le nombre de bénéficiaires que l'établissement aurait dû employer en 2011.

Pour les établissements hors Mayotte :

Reportez ici l'effectif d'assujettissement de votre établissement en 2011 (arrondi à l'entier inférieur) 124624 × 6 % =

A (multipliez par 0,06)

Pour Mayotte :

Reportez ici l'effectif d'assujettissement de votre établissement en 2011 (arrondi à l'entier inférieur) 111111 × 2 % =

A (multipliez par 0,02)

Nombre de bénéficiaires que votre établissement devait employer en 2011 :

5677

B

arrondir à l'entier inférieur (ignorer les chiffres après la virgule)
exemple : 24 pour 24,3 ; ou 7 pour 7,94

IV. MISE EN ŒUVRE DE L'OBLIGATION D'EMPLOI

IV.1. L'ÉTABLISSEMENT A-T-IL EMPLOYÉ DES BÉNÉFICIAIRES EN 2011 ?

OUI ☒ Si oui, remplissez la «liste nominative des salariés bénéficiaires» jointe au présent document en indiquant quels sont les bénéficiaires que l'établissement a employés en 2011. Additionnez la valeur obtenue pour chacun d'eux et reportez le résultat ci-contre en **C**, 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 bénéficiaires employés en 2011

3089,17

C

(arrondir 2 chiffres après la virgule)
exemple : 1,36 pour 1,364 ; 1,37 pour 1,365

IV.2. L'ÉTABLISSEMENT A-T-IL SIGNÉ EN 2011 DES CONTRATS AVEC LES ÉTABLISSEMENTS SUIVANTS :

entreprises adaptées (EA), centres de distribution de travail à domicile (CDTD), établissements ou services d'aide par le travail (ESAT)?

OUI ☒ Si oui, distinguez les types de contrat et le nombre d'unités qui leur sont associées. Reportez ensuite le total général ci-contre en **D**. Ce total ne peut être supérieur à 50 % de l'obligation d'emploi de l'établissement calculé en **B**. Joignez les pièces justificatives puis poursuivez le remplissage de la déclaration en IV.3.

Types de contrat :

Total des unités associées :

☒ Contrats de fourniture, de sous-traitance ou de prestation de service 931,29

☒ Mise à disposition de travailleur(s) handicapé(s) par des EA, des CDTD ou des ESAT 16,14

931,29
+
16,14

Total général du nombre d'unités à retenir résultant des contrats conclus en 2011

maximum 50 % de B

937,43

D

(arrondir 2 chiffres après la virgule)

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

IV.3. L'ÉTABLISSEMENT A-T-IL ACCUEILLI EN 2011 DES STAGIAIRES HANDICAPÉS ?

Seuls les stages d'au moins 40 heures et terminés en 2011 peuvent être retenus. Attention ! Depuis 2009, la liste des types de stages reconnus s'est élargie ; pour la connaître, consultez la notice explicative en page 4. Les catégories de personnes handicapées reconnues sont celles définies en page 2 de la notice explicative.

OUI ☒ Si oui, indiquez la durée annuelle du travail de l'établissement (en heures) : 1596
Additionnez le nombre d'unités que chacun des stagiaires représente (voir notice explicative page 4). Le total ne peut excéder 2 % de l'effectif d'assujettissement de l'établissement calculé en **A**. Reportez ensuite le total obtenu ci-contre en **E**.
Joignez les conventions de stage à la déclaration et poursuivez le remplissage en IV.4.

NON ☐ Si non, indiquez 0 en **E**, puis poursuivez le remplissage de la déclaration en IV.4.

Total du nombre d'unités résultant de l'accueil de stagiaires handicapés en 2011

(maximum 2 % de A) :

3,88

E

(arrondir 2 chiffres après la virgule)

IV.4. L'ÉTABLISSEMENT EST-IL CONCERNÉ PAR UN ACCORD SPÉCIFIQUE À L'EMPLOI DE TRAVAILLEURS HANDICAPÉS EN VIGUEUR EN 2011 ?

OUI ☒ Si oui, indiquez le type d'accord : de branche ☐ de groupe ☒ d'entreprise ☐ d'établissement ☐
Suivant l'accord cochez la case : CRF-FEHAP-SYNEAS (géré par l'association OETH) ☐ CREDIT AGRICOLE ☐ CAISSE D'ÉPARGNE ☐ LEEM ☐

Date de l'accord : 04 07 2011
Jour Mois Année

Département d'accord : 75 1

Pensez à joindre à votre déclaration l'état d'avancement du programme prévu par l'accord et à remplir la liste des salariés handicapés de l'établissement.

ATTENTION ! LA DÉCLARATION N'EST PAS TERMINÉE : vous devez poursuivre en IV.5, afin de calculer le montant de la contribution théorique qui aurait éventuellement dû être payée à l'AGEFIPH en l'absence d'accord. Ce calcul est nécessaire pour la détermination et le réajustement annuel du budget prévisionnel de l'accord, comme pour le contrôle de son application. Il est également utile si l'accord prévoit un dispositif spécifique de versement de contribution (exemples : CRF-FEHAP-SYNEAS, Crédit agricole, Caisse d'épargne, LEEM).

NON ☐ Continuez le remplissage de la déclaration en IV.5 (ci-dessous).

IV.5. CALCUL DU NOMBRE DE BÉNÉFICIAIRES MANQUANTS

Calculez à présent le nombre de bénéficiaires employés et/ou d'unités équivalentes en 2011 en additionnant C+D+E. Déduisez le résultat obtenu du nombre de bénéficiaires(s) que l'établissement devait employer en 2011 (**B**) pour obtenir le nombre de bénéficiaires manquants.

Reportez ici le nombre de bénéficiaires que l'établissement devait employer en 2011

5677

B

Additionnez ici le nombre de bénéficiaires employés et/ou d'unités équivalentes en 2011

4030,48

C + D + E

- =

Nombre de bénéficiaires manquants (Si F est inférieur ou égal à 0, indiquez 0) :

1646,52

F

Quelle est votre situation ? ☐ F est égal à 0 : l'obligation d'emploi a été remplie au titre de l'année 2011. L'établissement n'a pas de contribution à calculer. Vous avez terminé le remplissage de la déclaration. Vous devez la signer en bas de la page 4 et la renvoyer à l'adresse indiquée en haut de page 1.

☐ F est supérieur à 0 : l'obligation d'emploi n'a pas été remplie avec C + D + E. Poursuivez le remplissage de la déclaration en V.

V. MODALITÉS DE CALCUL DE LA CONTRIBUTION ET VERSEMENT

V.1. DÉCOMPTÉ DES MINORATIONS AU TITRE DES EFFORTS CONSENTIS PAR L'EMPLOYEUR

Si vous avez déclaré des bénéficiaires sur la **liste nominative des salariés bénéficiaires de l'obligation d'emploi**, vous pouvez déduire de F des minorations associées à ces salariés, **quelle que soit la catégorie du bénéficiaire** :

1. pour chacun des cinq critères ci-après, indiquez le nombre de salariés bénéficiaires concernés (chaque bénéficiaire compte pour 1 quelle que soit la durée du temps de travail) et multipliez-le par la valeur du coefficient de minoration correspondant,
2. additionnez les résultats pour obtenir la « somme des minorations au titre des efforts consentis par l'employeur »,
3. soustrayez ce total des unités manquantes que vous avez calculées en F et reportez le résultat en G.

Si l'établissement n'a pas employé de bénéficiaires en 2011, le résultat obtenu en G doit être égal à celui obtenu en F.

- Nombre de salariés bénéficiaires âgés de moins de 26 ans ou de 50 ans et plus au 31 décembre 2011, quelle que soit la catégorie du bénéficiaire $2232 \times 0,5 = 1116,00$
- Nombre de salariés bénéficiaires dont la lourdeur du handicap a été demandée par l'établissement et reconnue par le directeur de la DIRECCTE ou de la DIECCTE ou de l'AGEFIPH (jusqu'au 30 juin : décision prise par l'UT, à compter du 1^{er} juillet : décision prise par l'AGEFIPH) et pour lesquels vous avez opté pour la minoration de la contribution $0 \times 1,0 = 0,00$
- Nombre de salariés bénéficiaires recrutés en 2011 qui ont été chômeurs de longue durée $0 \times 1,0 = 0,00$
- Nombre de salariés bénéficiaires recrutés à la sortie d'une entreprise adaptée, d'un centre de distribution de travail à domicile ou d'un établissement ou service d'aide par le travail $1 \times 1,0 = 1,00$
- Si l'établissement a recruté en 2011 son **premier** salarié bénéficiaire depuis sa création, ajoutez 0,5 $0,50$
et indiquez le n° de la fiche salarié dans laquelle il a été déclaré sur la liste nominative : 00

SOMME DES MINORATIONS AU TITRE DES EFFORTS CONSENTIS PAR L'EMPLOYEUR

Reportez ici le nombre de bénéficiaires manquants

$1646,52$

F

Somme des minorations au titre des efforts consentis par l'employeur

$1117,00$

=

Nombre de bénéficiaires manquants minoré au titre des efforts consentis par l'employeur
(Si G est inférieur ou égal à 0, indiquez 0) :
 $529,52$
G
(arrondir 2 chiffres après la virgule)

- Quelle est votre situation ? ☐ G est égal à 0 : l'obligation d'emploi a été remplie au titre de l'année 2011. L'établissement n'a pas de contribution à calculer. Vous avez terminé le remplissage de la déclaration. Vous devez la signer en bas de la page 4 et la renvoyer à l'adresse indiquée en haut de page 1.
- ☒ G est supérieur à 0 : l'obligation d'emploi n'est pas remplie par la prise en compte des minorations. Vous devez calculer votre contribution. Poursuivez le remplissage de la déclaration en V.2.

V.2. CALCUL DU POURCENTAGE D'EMPLOIS EXIGEANT DES CONDITIONS D'APTITUDE PARTICULIÈRES (ECAP) :

Le calcul de la contribution tient compte du pourcentage de salariés de votre établissement qui exercent des « emplois exigeant des conditions d'aptitude particulières » (voir la liste de ces emplois en page 6 de la *Notice explicative*). Votre établissement comprend-il des salariés exerçant des ECAP ?

OUI ☐ Si oui, recensez-les ci-dessous et indiquez pour chacun d'eux le nombre de salariés qui les exercent :

Code PCS	Effectif	Code PCS	Effectif	Code PCS	Effectif
0000	000	0000	000	0000	000
0000	000	0000	000	0000	000
0000	000	0000	000	0000	000

Total des ECAP 0000

Ensuite, divisez le résultat obtenu à « Total des ECAP » (arrondi à l'entier inférieur) par l'effectif d'assujettissement de l'établissement (A calculé en III) et multipliez le résultat par 100 pour obtenir le pourcentage d'ECAP de l'établissement. Reportez le résultat en H, puis poursuivez en V.3 le remplissage de la déclaration.

Reportez ici le nombre total d'ECAP

0000
(arrondir à l'entier inférieur)

Reportez ici l'effectif d'assujettissement de l'établissement

0000

$\times 100 =$

Pourcentage d'ECAP de l'établissement
(s'il n'y a pas d'ECAP, indiquez 0)

$0,00\%$

H

(arrondir 2 chiffres après la virgule)
exemple : 7,28 pour 7,284 ; 7,29 pour 7,285

NON ☒ Sinon, indiquez 0 en H et poursuivez en V.3 le remplissage de la déclaration.

V.3. DÉTERMINATION DU COEFFICIENT DE CALCUL DE LA CONTRIBUTION

Le calcul de la contribution dépend d'un coefficient déterminé de la façon suivante :

- Si en 2008, 2009, 2010 et 2011, l'établissement n'a ni employé de bénéficiaire de l'obligation d'emploi, ni passé de contrat avec un ESAT, EA ou CDTD, ni appliqué d'accord collectif relatif à l'emploi de travailleurs handicapés, le coefficient est de 1500.
- Si en 2008, 2009, 2010 ou 2011, l'établissement a employé un bénéficiaire de l'obligation d'emploi, passé un contrat avec un ESAT, EA ou CDTD, ou appliqué un accord collectif relatif à l'emploi de travailleurs handicapés, le coefficient dépend de la taille de l'entreprise dont relève l'établissement. Si l'effectif de l'entreprise compte entre 20 et 199 salariés, le coefficient est de 400 ; entre 200 et 749 salariés, le coefficient est de 500 ; à partir de 750 salariés, le coefficient est de 600.

Indiquez ici l'effectif total de l'entreprise au 31 décembre, c'est-à-dire le total des effectifs de tous les établissements de l'entreprise, identifiée par son n° SIREN à 9 chiffres (cf. notice explicative en page 2 pour les règles de calcul) :

194624

Coefficient de calcul de la contribution

600

I

Indiquez en I le coefficient retenu puis poursuivez en V.4 le remplissage de la déclaration.

4