

# Demande d'intervention sociale

## INDIVIDUELLE SIMPLIFIÉE – CONFIDENTIEL

### Identité de la personne affiliée

Nom\* .....

Prénom\* .....

N° de Sécurité sociale\*

Nom de jeune fille\* .....

Date de naissance\*

Adresse\*

Code postal\*

Ville\* .....

Téléphone fixe

Téléphone portable

*(remplir au moins un numéro de téléphone)*

Email\* .....@.....

Célibataire

Marié(e)  Vie maritale ou lié par un PACS

Séparé(e)  Divorcé(e)  Veuf(ve)

depuis le

en activité depuis le

Entreprise

Adresse

en maladie

au chômage

en invalidité

en préretraite

depuis le

en retraite depuis le

autre situation (préciser) :

reconnu par la CDAPH  taux .....

Institution de prévoyance :

Institution de retraite complémentaire :

### Identité du conjoint ou du compagnon (à compléter)

Nom .....

Prénom .....

N° de Sécurité sociale

Nom de jeune fille .....

Date de naissance

en activité depuis le

Entreprise

Adresse

Téléphone

en maladie

au chômage

en invalidité

en préretraite

depuis le

reconnu par la CDAPH  taux .....

Institution de prévoyance :

Institution de retraite complémentaire :

**RÉSERVÉ À L'INSTITUTION**

Motif de l'aide : .....

## Enfant(s) et autre(s) personne(s)

Nom et Prénom	Date de naissance	À charge	Profession ou situation
.....	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	.....
.....	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	.....
.....	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	.....

## Pièces justificatives à fournir

Nous vous remercions de remplir soigneusement ce document et de nous le retourner accompagné d'une photocopie des pièces justificatives cochées ci-dessous :

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Un relevé d'identité bancaire (RIB).                                      | <input type="checkbox"/> Copie du livret de famille.  |
| <input type="checkbox"/> Votre dernier avis d'imposition dans sa totalité.                         | <input type="checkbox"/> Justificatif des dates du congé maternité établi par la CPAM ou à défaut par l'employeur ..... |
| <input type="checkbox"/> La copie de la facture acquittée de .....                                 | <input type="checkbox"/> Justificatif des études en alternance ou en apprentissage.                                     |
| <input type="checkbox"/> Le devis de .....   | <input type="checkbox"/> Inscription au permis de conduire et justification de l'obtention du permis.                   |
| <input type="checkbox"/> La prescription médicale de votre médecin pour une période de ..... mois. | <input type="checkbox"/> Justificatif de l'ALD (Affection de Longue Durée).   |
| <input type="checkbox"/> L'échéancier des cotisations de votre contrat santé.                      | <input type="checkbox"/> Autres .....   |
| <input type="checkbox"/> Tous documents justifiant une aide éventuelle d'un autre organisme.       | <input type="checkbox"/> Autres .....   |
| <input type="checkbox"/> Copie du dernier bulletin de salaire ou attestation de Pôle emploi.       | <input type="checkbox"/> Autres .....   |

**Les informations demandées dans le présent formulaire sont indispensables à l'étude du dossier. Il est rappelé que les aides sont facultatives, ponctuelles et étudiées au cas par cas. Toute demande donnera lieu à une réponse écrite.**

**Une seule demande sera recevable par foyer auprès de notre organisme de prévoyance.**

Le demandeur certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements donnés qui serviront de base à l'attribution d'une aide financière éventuelle.

Fait à ..... le ..... Signature obligatoire\* :

\* : Informations à renseigner obligatoirement

À retourner avec l'ensemble des documents demandés à l'adresse mail suivante :



**Malakoff Humanis – Accompagnement social assurance Pôle individuel – 62006 Arras cedex**



**action-sociale-ccn.group@malakoffhumanis.com**

Les informations recueillies dans le présent formulaire sont toutes nécessaires pour Malakoff Humanis Prévoyance / Mutuelle Malakoff Humanis / Institution Nationale de Prévoyance des Représentants (INPR) / QUATREM, responsable du traitement, ci-après désigné Malakoff Humanis, afin de répondre rapidement et efficacement à votre demande d'intervention sociale. En application de la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit de demander l'accès, la rectification ou l'effacement de vos données, et de décider du sort de celles-ci, post-mortem. Vous disposez également d'un droit de vous opposer au traitement pour motifs légitimes, de limiter le traitement dont vous faites l'objet et d'un droit à la portabilité des données personnelles dans les limites fixées par la loi. Ces droits peuvent être exercés par email à dpo@malakoffhumanis.com ou par courrier à Malakoff Humanis, Pôle Informatique et Libertés, 21 rue Laffitte 75317 Paris Cedex 9. Pour plus d'informations, consultez notre politique de protection des données à caractère personnel accessible sur notre site internet.



**MALAKOFF HUMANIS PRÉVOYANCE** - Institution de prévoyance régie par le livre IX du Code de la sécurité sociale - Siège : 21 rue Laffitte - 75009 Paris - N° SIREN 775 691 181 - Une institution de prévoyance du groupe Malakoff Médéric- 21 rue Laffitte - 75009 Paris - **malakoffhumanis.com** • **MUTUELLE MALAKOFF HUMANIS** - Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité - Immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro 784 718 256 Siège : 21 rue Laffitte, 75009 Paris - Mutuelle membre du groupe Malakoff Humanis • **INSTITUTION NATIONALE DE PRÉVOYANCE DES REPRÉSENTANTS (INPR)** - Institution de prévoyance régie par les dispositions du Titre III du Livre IX du Code de la sécurité sociale - Immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro 352 983 118 - Siège social : 21 rue Laffitte 75009 Paris • **QUATREM** - Société anonyme au capital de 510 426 261 € - Entreprise régie par le Code des assurances - immatriculée au RCS de Paris sous le numéro 412 367 724 - Siège social : 21 rue Laffitte 75009 Paris • **MALAKOFF HUMANIS NATIONALE (MHN)** - Mutuelle régie par le livre II du Code de la mutualité - Immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 339 358 681 - Siège social : 139/147 rue Paul Vaillant-Couturier - 92240 Malakoff

# Demande d'intervention sociale

## ANNEXE FONDS DE SOLIDARITÉ - CCN BET

### Demandeur

Nom\*

Prénom\*

Nom de jeune fille\*

Date de naissance\*

### Le fonds de solidarité santé

Les partenaires sociaux signataires décident que l'Action sociale de la branche doit être prioritairement affectée à l'octroi d'une aide – pour les adhérents du régime en situation de fragilité économique – au financement de la couverture obligatoire choisie par l'entreprise (Base conventionnelle et les options obligatoires 1 et 2). Les actions mises en œuvre sont :

#### 1. Aide au financement de la cotisation des familles monoparentales :

Cette aide bénéficiera aux assurés assumant seuls la charge financière d'une cellule familiale monoparentale et dont l'employeur a souscrit la couverture conventionnelle auprès de l'un des organismes assureurs recommandés par la branche.

##### Est considérée comme une famille monoparentale :

- La personne célibataire, vivant sans conjoint, concubin ou partenaire de PACS et qui élève seule 1 ou plusieurs enfants.
- La personne divorcée ou en cours de séparation qui élève seule 1 ou plusieurs enfants.
- La personne qui élève seule son enfant non reconnu par l'autre parent.
- La personne qui élève seule son enfant dont l'autre parent est décédé.
- La personne qui élève seule un enfant recueilli par décision judiciaire ou acte notarié (jugement de placement...).

##### Est considéré comme enfant à charge :

- L'enfant fiscalement à charge et figurant sur l'avis d'imposition du demandeur.
- L'enfant adulte ou non, vivant au foyer, établissant sa propre déclaration fiscale, avec ou sans ressource.

#### 2. Aide au financement de la cotisation du conjoint à charge sans ressources

Cette aide sera attribuée pour le financement partiel ou intégral de la couverture du conjoint à charge d'un salarié dont l'employeur a souscrit la couverture conventionnelle auprès de l'un des organismes assureurs recommandés par la branche.

##### Définition du « conjoint » :

- L'époux (se) du salarié, non divorcé(e) ou non-séparé(e) de corps judiciairement à la date de l'événement donnant lieu à prestation.

- Le partenaire lié au salarié par un PACS : la personne ayant conclu avec le participant un pacte civil de solidarité dans les conditions fixées par les articles 515-1 à 515-7-1 du Code civil.
- Le concubin du salarié : la personne avec laquelle le salarié vit en couple au sens de l'article 515-8 du Code civil, depuis au moins deux ans ou sans condition de durée lorsqu'au moins un enfant est né de cette union et sous réserve que les concubins soient tous les deux libres de tout engagement (ni mariés ni liés par un PACS) et que le concubinage fasse l'objet d'une déclaration sur l'honneur signée par les deux concubins.

Le conjoint « à charge sans ressources » n'exerce pas d'activité professionnelle et ne perçoit aucun revenu (salaires, revenus de remplacement...) au titre de la période aidée.

##### Les bénéficiaires des actions sont :

- Les salariés adhérents et leurs enfants à charge, des entreprises adhérentes au régime conventionnel « complémentaire santé » et ayant souscrit un contrat auprès de l'un des organismes assureurs recommandés par la branche.
- Les demandeurs d'emploi et leurs enfants à charge relevant du régime conventionnel « frais de santé » lors de leur dernier emploi (dans la limite de la période de portabilité), et dont les garanties ont été souscrites auprès de l'un des organismes assureurs recommandés par la branche.

### Modalités du fonds de solidarité santé

L'évaluation de la situation individuelle s'appuie sur les ressources fiscales du foyer défini par le Revenu Brut Global (RBG) figurant sur l'avis d'imposition divisé par le nombre de parts fiscales du foyer.

#### Aide à la couverture des familles monoparentales

Ressources 2019/2020	Revenu annuel divisé par le nombre de parts fiscales	Revenu mensuel divisé par le nombre de parts fiscales
Personne seule avec enfant(s) à charge	25 500 €	2 125 €
Majoration par enfant handicapé à charge	13 125 €	1 094 €

#### Aide à la couverture du conjoint à charge sans ressources

Ressources 2019/2020	Revenu annuel divisé par le nombre de parts fiscales	Revenu mensuel divisé par le nombre de parts fiscales
Salarié en couple	25 500 €	2 125 €
Majoration par enfant handicapé à charge	13 125 €	1 094 €

L'intervention du fonds de solidarité santé est limitée, par principe, à une intervention par année civile et par foyer pour un même motif.

L'aide couvrira le solde de la cotisation annuelle à devoir par le bénéficiaire à la date de réception de la demande par l'organisme assureur ou pour correspondre à la prise en charge partielle ou totale pour une année de la cotisation salariale obligatoire du demandeur (référence à l'année calendaire échue).

### Pièces justificatives pour le dossier :

#### Aide à la couverture des familles monoparentales :

- L'avis d'imposition du demandeur et des enfants établissant leur propre déclaration de revenus et vivant au foyer.
- Le dernier bulletin de salaire ou l'attestation Pôle emploi.
- Un justificatif dans les cas de séparation en cours (exemple : convocation avocat ou tribunal...).
- Un relevé d'identité bancaire.

#### Aide à la couverture du conjoint à charge sans ressources :

- L'avis d'imposition de toutes les personnes vivant au foyer.
- Le dernier bulletin de salaire ou l'attestation Pôle emploi.
- Un justificatif de non versement de revenu pour le conjoint (fin de droit Pôle emploi, ou non éligibilité à une indemnisation Pôle Emploi ou CAF).
- Un relevé d'identité bancaire.

### Recevabilité de la demande

La recevabilité de la demande d'intervention du fonds de solidarité, formulée par le bénéficiaire, est limitée à 12 mois à compter de l'année calendaire échue. Au-delà de ce délai, la demande est forclosée. Les pièces justificatives doivent être transmises dans les 6 mois de la formulation de la demande. Au-delà, la demande ne sera pas étudiée.

Fait à

le

Signature obligatoire\* :

À retourner avec l'ensemble des documents demandés à l'adresse mail suivante :



**Malakoff Humanis – Accompagnement social assurance Pôle individuel – 62006 Arras cedex**



**action-sociale-ccn.group@malakoffhumanis.com**

Les informations recueillies dans le présent formulaire sont toutes nécessaires pour Malakoff Humanis Prévoyance, responsable du traitement, ci-après désigné Malakoff Humanis, afin de répondre rapidement et efficacement à votre demande d'intervention sociale. En application de la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit de demander l'accès, la rectification ou l'effacement de vos données, et de décider du sort de celles-ci, post-mortem. Vous disposez également d'un droit de vous opposer au traitement pour motifs légitimes, de limiter le traitement dont vous faites l'objet et d'un droit à la portabilité des données personnelles dans les limites fixées par la loi. Ces droits peuvent être exercés par email à [dpo@malakoffhumanis.com](mailto:dpo@malakoffhumanis.com) ou par courrier à Malakoff Humanis, Pôle Informatique et Libertés, 21 rue Laffitte 75317 Paris Cedex 9. Pour plus d'informations, consultez notre politique de protection des données à caractère personnel accessible sur notre site internet.