

# Demande d'intervention sociale - Annexe

## BET SANTÉ - AIDE À LA COTISATION

### BET santé

### 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, 2 et 3). 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.

L'aide correspond à la prise en charge (totale ou partielle) de la cotisation salariale obligatoire du demandeur, payée par lui au cours de l'exercice considéré.

L'aide sera versée sous la forme d'un remboursement avec effet rétroactif à la date de la demande. Cette aide sera renouvelable, à la demande expresse du salarié.

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

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 » :

est qualifié comme conjoint pouvant bénéficier de l'aide :

- le conjoint qui n'exerce pas d'activité professionnelle et qui ne perçoit aucun revenu (salaires, revenus de remplacement, etc.) au titre de la période aidée,
- le conjoint ayant pris un congé de présence parentale pour accompagner un enfant en ALD (sur justificatif du versement de l'AJPP de la CAF) au titre de la période aidée,
- le conjoint ne travaillant pas pour s'occuper d'un enfant handicapé et percevant directement, la prestation de compensation du handicap (PCH) au titre de la période aidée.

L'aide correspond à la prise en charge de la cotisation payée par le demandeur pour son conjoint au cours de l'exercice considéré. Cette aide sera attribuée pour le financement partiel ou total de la couverture du conjoint à charge d'un salarié dont l'employeur a souscrit la couverture conventionnelle.

L'aide sera versée sous la forme d'un remboursement avec effet rétroactif à la date de la demande. Cette aide sera renouvelable, à la demande expresse du salarié.

#### 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 et du conjoint à charge

Le Revenu Global (RBG) est retenu selon le tableau suivant :

Situation de famille	Plafond annuel	Plafond mensuel
Personne seule	25 500 €	2 125 €
Couple	29 750 €	2 479 €

Majorations applicables	Plafond annuel	Plafond mensuel
Majoration par enfant à charge	8 748 €	729 €
Majoration par enfant ou adulte handicapé à charge	13 128 €	1 094 €
Majoration par adulte supplémentaire non à charge (ascendant, descendant)	12 250 €	1 021 €

Pour les enfants adultes ou non vivant au foyer et établissant leur propre déclaration fiscale, il conviendra de se référer aux avis d'imposition cumulés pour calculer le revenu brut global divisé par les parts fiscales cumulées

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

### 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 :

- 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 relevé d'identité bancaire (RIB).

#### Si le conjoint est sans revenu

- Un justificatif de non versement de revenu pour le conjoint (fin de droits Pôle emploi, ou non éligibilité à une indemnisation Pôle Emploi ou CAF).

#### Si le conjoint est accompagnant d'un enfant en ALD

- Un justificatif de versement de l'AJPP de la CAF.

#### Si le conjoint s'occupe d'un enfant en situation de handicap.

- Un justificatif du versement au parent de la PCH par la MDPH.

## 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.

En signant ce formulaire, vous acceptez expressément que vos données personnelles de santé soient collectées et traitées par le service médical Malakoff Humanis dans le cadre du traitement de votre dossier.

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, ci-après désigné « Malakoff Humanis », en tant que responsables du traitement nécessaire à la poursuite de leurs intérêts légitimes au titre de leurs missions respectives, afin de répondre rapidement et efficacement à votre demande d'intervention sociale. Le traitement auquel vos données de santé donnent lieu est fondé sur votre consentement exprimé par la signature du formulaire. Les informations recueillies sont conservées conformément à la durée nécessaire à la finalité du traitement, ainsi que pour assurer le respect des obligations légales ou réglementaires auxquelles les responsables de traitement peuvent être tenus, sous réserve du respect des délais de conservation applicables (notamment par l'effet des prescriptions légales). 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 des raisons tenant à votre situation particulière, de limiter le traitement dont vous faites l'objet, de retirer votre consentement à tout moment et d'un droit à la portabilité des données personnelles dans les limites fixées par la loi. Le défaut de fourniture des informations demandées peut avoir pour conséquences le non traitement de votre demande. 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. Vous avez la possibilité d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) concernant la protection de vos données personnelles, à l'adresse suivante : Commission Nationale Informatique et Libertés - 3 place de Fontenoy 75007 Paris.

# Demande d'intervention sociale

## BET SANTÉ - AIDE À LA COTISATION



### 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

### BET santé

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 : **Aide à la cotisation**

## 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

Cochez l'aide que vous souhaitez demander et retournez-nous ce document dûment complété et accompagné d'une photocopie des pièces justificatives cochées ci-dessous :

**Je demande l'aide au financement de la cotisation des familles monoparentales.**

Documents à fournir :

- 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 (ex : convocation avocat ou tribunal ...).
- Un relevé d'identité bancaire (RIB).

**Je demande l'aide au financement de la cotisation du conjoint à charge.**

Documents à fournir :

- 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 relevé d'identité bancaire (RIB).

**Si le conjoint est sans revenu**

- Un justificatif de non versement de revenu pour le conjoint (fin de droits Pôle emploi, ou non éligibilité à une indemnisation Pôle Emploi ou CAF).

**Si le conjoint est accompagnant d'un enfant en ALD**

- Un justificatif de versement de l'AJPP de la CAF.

**Si le conjoint s'occupe d'un enfant en situation de handicap.**

- Un justificatif du versement au parent de la PCH par la MDPH.

**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.

En signant ce formulaire, vous acceptez expressément que vos données personnelles de santé soient collectées et traitées par le service médical Malakoff Humanis dans le cadre du traitement de votre dossier.

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, ci-après désigné « Malakoff Humanis », en tant que responsables du traitement nécessaire à la poursuite de leurs intérêts légitimes au titre de leurs missions respectives, afin de répondre rapidement et efficacement à votre demande d'intervention sociale. Le traitement auquel vos données de santé donnent lieu est fondé sur votre consentement exprimé par la signature du formulaire. Les informations recueillies sont conservées conformément à la durée nécessaire à la finalité du traitement, ainsi que pour assurer le respect des obligations légales ou réglementaires auxquelles les responsables de traitement peuvent être tenus, sous réserve du respect des délais de conservation applicables (notamment par l'effet des prescriptions légales). 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 des raisons tenant à votre situation particulière, de limiter le traitement dont vous faites l'objet, de retirer votre consentement à tout moment et d'un droit à la portabilité des données personnelles dans les limites fixées par la loi. Le défaut de fourniture des informations demandées peut avoir pour conséquences le non traitement de votre demande. 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. Vous avez la possibilité d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) concernant la protection de vos données personnelles, à l'adresse suivante : Commission Nationale Informatique et Libertés - 3 place de Fontenoy 75007 Paris.