

## LE FONDS DE SOLIDARITÉ SANTÉ CCN BET

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 :

**L'Action Sociale de la Branche prend la forme d'aides individuelles. Les actions mises en avant sont :**

- Aide au financement de la cotisation des familles monoparentales (formulaire p.2)
- Aide au financement de la cotisation du conjoint à charge sans ressource (formulaire p.3)
- Aide au financement de prestations de médecines douces <sup>(1)</sup>
- Aide au financement d'un abonnement sportif <sup>(1)</sup>



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.

**Selon votre situation, complétez le formulaire adapté et retournez-le accompagné des justificatifs demandés à l'adresse suivante :**

- **AÉSIO MUTUELLE - DEPARTEMENT DES FONDS SOCIAUX**  
93 rue de l'Hostellerie – Ville Active – TSA 50002 - 30018 Nîmes Cedex 9
- ou par e-mail : [fondsocial@aesio.fr](mailto:fondsocial@aesio.fr)

## EN COMPLÉMENT DU FONDS DE SOLIDARITÉ SANTÉ CCN BET : LE FONDS DE SOLIDARITÉ AÉSIO MUTUELLE

En qualité d'adhérent d'un contrat de complémentaire santé de la CCN BET souscrit pour vous auprès d'AÉSIO mutuelle, vous et vos ayants droit pouvez également bénéficier du fonds de solidarité AÉSIO mutuelle.

Lorsque vos ressources ne vous permettent pas de faire face à certaines dépenses de santé, vous pouvez solliciter le fonds de solidarité AÉSIO mutuelle pour une éventuelle aide financière ponctuelle (sous conditions). Une seule demande sera recevable par personne et par année civile.



**Pour toute information ou demande relative au fonds de solidarité AÉSIO, n'hésitez pas à nous contacter :**

 [fondsocial@aesio.fr](mailto:fondsocial@aesio.fr)

 **04 66 29 39 32**

(1) Pour connaître les modalités d'accès à cette aide et effectuer votre demande, reportez au formulaire spécifique disponible sur le site [www.monmetiermasante.fr](http://www.monmetiermasante.fr)

**AIDE AU FINANCEMENT DE LA COTISATION DES FAMILLES MONOPARENTALES**

Aide attribuée 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. Elle intervient sur la part de cotisation à la charge du salarié.

**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 ou 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 fiscalement autonome, vivant au domicile familial, établissant sa propre déclaration fiscale, quelque-soit ses ressources.

**MODALITÉS DU FONDS DE SOLIDARITÉ SANTÉ**

L'évaluation de la situation individuelle s'appuie sur les ressources fiscales du foyer définies par le Revenu Brut Global (RBG) figurant sur l'avis d'imposition divisé par le nombre de parts fiscales du foyer. Pour les enfants adultes ou non vivant au foyer et établissant leur propre déclaration fiscale, l'ensemble des avis d'imposition seront pris en compte.

Ressources 2021/2022	Plafond de revenu annuel divisé par le nombre de parts fiscales	Plafond de revenu mensuel divisé par le nombre de parts fiscales
Personne seule avec enfant(s) à charge	25 500 €	2 125 €
Majoration par enfant à charge	8748 €	729 €
Majoration par enfant handicapé à charge	13 128 €	1 094 €
Majoration par adulte supplémentaire non à charge (ascendant, descendant)	12 250 €	1 021 €

L'aide correspond à la prise en charge de la cotisation salariale obligatoire du demandeur. Elle est accordée pour une durée maximum de 12 mois avec effet rétroactif à la date de la demande expresse du salarié si les critères d'éligibilité sont retenus.

Elle sera effectuée en une seule fois, pour une année de cotisations ou au prorata en fonction d'une arrivée en cours d'année, reprise d'activité, ou de départ de l'entreprise adhérente et se référera à l'année calendaire échue.

Elle sera renouvelable chaque année calendaire, à la demande expresse du salarié si les conditions d'éligibilité sont maintenues.

La recevabilité de la demande est limitée à 12 mois à compter de l'année calendaire échue. Au-delà de ce délai, la demande est forclosée. Les justificatifs doivent être transmis dans les 6 mois de la demande. Au-delà, la demande ne sera pas étudiée.

**LE DEMANDEUR**

Nom : \_\_\_\_\_ Nom de jeune fille : \_\_\_\_\_  
Prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : | | | | | | | | | |

**LES PIÈCES JUSTIFICATIVES À FOURNIR AVEC CE FORMULAIRE**

L'avis d'imposition du demandeur et des enfants établissant leur propre déclaration de revenus et vivant au foyer.

Un justificatif dans les cas de séparation en cours (exemple : convocation avocat ou tribunal...).

Le dernier bulletin de salaire ou l'attestation Pôle emploi.

Un relevé d'identité bancaire.

**CONSENTEMENT AU TRAITEMENT DE VOS DONNÉES DANS LE CADRE DE CETTE DEMANDE**

J'autorise AÉSIO mutuelle à collecter et à traiter mes données de santé uniquement aux fins de gestion de ma demande d'intervention du fonds de solidarité santé de la CCN BET.

Les données collectées dans le présent formulaire font l'objet d'un traitement permettant l'accès et la gestion de votre demande d'intervention au fonds de solidarité santé de la CCN BET. Les informations qui vous concernent sont destinées à AÉSIO mutuelle et à ses partenaires. Ces données pourront également faire l'objet de traitements et d'informations spécifiques aux autorités compétentes dans le cadre d'opérations de contrôle et le cas échéant de lutte contre la fraude et le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme. En application de la législation en vigueur, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification ou d'effacement, de limitation, de portabilité, et d'opposition au traitement de vos données ainsi que du droit de formuler des directives sur le sort de vos données après votre décès. Vous pouvez exercer ces droits en vous adressant à aesio.dpo@aesio.fr ou en écrivant à l'attention du Délégué à la protection des données AÉSIO mutuelle - 4 rue du général Foy - 75008 Paris. Lors de l'exercice de vos droits, la production d'un titre d'identité peut être demandée. En cas de litige persistant, vous avez la faculté de saisir la CNIL sur [www.cnil.fr](http://www.cnil.fr).

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur le présent questionnaire et m'engage à fournir les justificatifs demandés ainsi que tout autre justificatif nécessaire au traitement de ma demande.

Fait à : \_\_\_\_\_  
Le : | | | | | | | | | |

Signature

### AIDE AU FINANCEMENT DE LA COTISATION DU CONJOINT À CHARGE SANS RESSOURCE

Aide 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), non-séparé(e) de corps judiciairement à la date de l'événement donnant lieu à prestation.
- Le partenaire de PACS : la personne ayant conclu avec le participant un pacte civil de solidarité (art. 515-1 à 515-7-1 du Code civil.)
- Le concubin du salarié : la personne avec laquelle le salarié vit en couple (art. 515-8 du Code civil), depuis au moins 2 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.

#### EST QUALIFIÉ COMME CONJOINT À CHARGE POUVANT BÉNÉFICIER DE L'AIDE, LE CONJOINT QUI SUR LA PÉRIODE AIDÉE :

- CAS 1 : n'exerce pas d'activité professionnelle et ne perçoit aucun revenu (salaires, revenus de remplacement, etc.)
- CAS 2 : a pris un congé de présence parental pour accompagner un enfant en ALD (sur justificatif du versement de l'AJPP de la CAF)
- CAS 3 : ne travaille pas pour s'occuper d'un enfant handicapé et perçoit directement, la prestation de compensation du handicap (PCH)

#### MODALITÉS DU FONDS DE SOLIDARITÉ SANTÉ

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

Ressources 2021/2022	Plafond de revenu annuel divisé par le nombre de parts fiscales	Plafond de revenu mensuel divisé par le nombre de parts fiscales
Couple	29 750 €	2 479 €
Majoration par enfant à charge	8748 €	729 €
Majoration par enfant handicapé à charge	13 128 €	1 094 €
Majoration par adulte supplémentaire non à charge (ascendant, descendant)	12 250 €	1 021 €

L'aide correspond à la prise en charge de la cotisation versée par le demandeur. Elle sera effectuée en une seule fois, pour une année de cotisations ou au prorata en fonction d'une arrivée en cours d'année, reprise d'activité, ou de départ de l'entreprise adhérente et se référer à l'année calendaire échue. L'aide sera versée sous la forme d'un remboursement avec effet rétroactif à la date de la demande du salarié et sous réserve qu'il respecte les conditions d'éligibilités. Cette aide sera renouvelable chaque année calendaire, à la demande expresse du salarié si les conditions d'éligibilités sont maintenues.

La recevabilité de la demande est limitée à 12 mois à compter de l'année calendaire échue. Au-delà de ce délai, la demande est forclose. Les justificatifs doivent être transmis dans les 6 mois de la demande. Au-delà, la demande ne sera pas étudiée.

#### LE DEMANDEUR

Nom : \_\_\_\_\_ Nom de jeune fille : \_\_\_\_\_  
 Prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance :

#### LES PIÈCES JUSTIFICATIVES À FOURNIR AVEC CE FORMULAIRE

##### Dans toutes les situations :

le ou les avis d'imposition de toutes les personnes vivant au foyer Un relevé d'identité bancaire.

##### Selon la situation du conjoint à charge :

- CAS 1** : Un justificatif de non-versement de revenu (fin de droit Pôle emploi, non éligibilité à l'indemnisation Pôle Emploi ou CAF)
- CAS 2** : L'attestation de l'employeur mentionnant les dates de congé de présence parentale
- CAS 2** : Le justificatif du versement de l'AJPP de la CAF
- CAS 3** : Notification de décision de la MDPH concernant l'attribution de la PCH

#### CONSENTEMENT AU TRAITEMENT DE VOS DONNÉES DANS LE CADRE DE CETTE DEMANDE

J'autorise AÉSIO mutuelle à collecter et à traiter mes données de santé uniquement aux fins de gestion de ma demande d'intervention du fonds de solidarité santé de la CCN BET.

Les données collectées dans le présent formulaire font l'objet d'un traitement permettant l'accès et la gestion de votre demande d'intervention au fonds de solidarité santé de la CCN BET. Les informations qui vous concernent sont destinées à AÉSIO mutuelle et à ses partenaires. Ces données pourront également faire l'objet de traitements et d'informations spécifiques aux autorités compétentes dans le cadre d'opérations de contrôle et le cas échéant de lutte contre la fraude et le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme. En application de la législation en vigueur, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification ou d'effacement, de limitation, de portabilité, et d'opposition au traitement de vos données ainsi que du droit de formuler des directives sur le sort de vos données après votre décès. Vous pouvez exercer ces droits en vous adressant à aesio.dpo@aesio.fr ou en écrivant à l'attention du Délégué à la protection des données AÉSIO mutuelle - 4 rue du général Foy - 75008 Paris. Lors de l'exercice de vos droits, la production d'un titre d'identité peut être demandée. En cas de litige persistant, vous avez la faculté de saisir la CNIL sur [www.cnil.fr](http://www.cnil.fr).

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur le présent questionnaire et m'engage à fournir les justificatifs demandés ainsi que tout autre justificatif nécessaire au traitement de ma demande.

Fait à : \_\_\_\_\_  
 Le :

Signature