

DEMANDEUR

Nom : _____ Prénoms : _____
 Nom de jeune fille : _____ Date de naissance : [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
 Adresse : _____
 Code postal : [] [] [] [] [] Ville : _____
 Téléphone domicile : [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] Téléphone portable : [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
 N° SS : [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] Courriel/Email : _____

Nom de l'entreprise adhérente à HCR Santé : _____
 N° Siret : [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] Téléphone : [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
 Adresse : _____
 Code postal : [] [] [] [] [] Ville : _____
 Date d'entrée dans l'entreprise : [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] Emploi exercé : _____

SITUATION FAMILIALE

Célibataire Marié(e)* Divorcé(e)* Séparé(e) Veuf(ve)* Vie maritale*
 PACS*
 * Précisez depuis le : [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

CONJOINT - CONCUBIN OU PACS

Nom : _____ Prénoms : _____
 Nom de jeune fille : _____ Date de naissance : [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
 N° SS : [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] Date de décès (le cas échéant) : [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
 Employeur : _____
 Emploi exercé : _____

ENFANTS FISCALEMENT À CHARGE

Nom / Prénom	Date de naissance	Études suivies	Situation familiale	Profession	Est-il au foyer	Est-il à charge

MOTIFS ET CIRCONSTANCES DE VOTRE DEMANDE (à remplir obligatoirement)

Veillez préciser le type de frais de santé, les difficultés éventuelles que vous rencontrez et les raisons précises de votre demande de participation financière :

JUSTIFICATIFS À FOURNIR

- Formulaire de demande de participation exceptionnelle aux frais de santé.
- Copie du livret de famille.
- Dernier avis d'imposition sur le revenu complet (de chacun en cas de concubinage).
- Dernier bulletin de salaire, IJ SS, pension invalidité, indemnités de chômage.
- Pour les saisonniers en poste, certificats de travail et bulletins de salaire attestant de 6 mois de cotisation HCR Santé au cours des 18 derniers mois.
- Factures prothétique acquittée (dentaire, auditif).
- Justificatifs des remboursements SS et mutuelle pour les frais prothétiques.
- Facture d'aide à domicile acquittée ou facture prothétique.
- Bulletin d'hospitalisation mentionnant les dates du séjour (pour participation aide à domicile après intervention chirurgicale) + certificat médical mentionnant nécessité aide à domicile.
- Relevé d'identité bancaire du demandeur (RIB).

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

J'atteste sur l'honneur que les renseignements fournis dans ce dossier sont exacts.

Fait à : _____ Le : _____ Signature du demandeur

Ce dossier est à renvoyer à :

KLESIA – Action sociale HCR – 13 rue Denise Buisson - 93554 Montreuil Cedex

Conformément à la loi informatique et liberté du 06/01/1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition (pour des motifs légitimes) que vous pouvez exercer pour les informations vous concernant.

ATTENTION - Seuls les dossiers comprenant l'ensemble des justificatifs demandés seront instruits.

HCR Prévoyance se réserve la possibilité de modifier les conditions d'attribution des aides sociales et peut décider à tout moment de leur suppression en fonction des paramètres établis par la Commission d'Action Sociale.

NOTICE

BÉNÉFICIAIRES

- Assurés cotisant à HCR Santé depuis au moins 1 an au moment de la demande.
- Saisonniers en poste au moment de la demande et ayant cotisé en santé au moins 6 mois au titre d'un ou plusieurs contrats au cours des 18 mois qui précèdent la demande.
- Saisonniers ayant souscrit l'option individuelle de couverture santé en intersaison depuis au moins un an au moment de la demande.

FRAIS DE SANTÉ RETENUS

- Prothèse dentaire prise en charge par la sécurité sociale.
- Appareil auditif pris en charge par la sécurité sociale.
- Aide à domicile après intervention chirurgicale et hospitalisation d'au moins 3 jours ou accouchement par césarienne.
- Prothèses capillaires, garnitures, frais divers (cancers ou maladies rares).

CONDITIONS D'ATTRIBUTION

Ne pas dépasser un **quotient familial maximum** de 1 590 € / mois. Le quotient familial est déterminé à partir du montant total des ressources nettes, avant déductions et abattements fiscaux, en fonction de la composition de la famille, et en référence aux parts fiscales.

MONTANT

- Une seule demande par année civile et par salarié peut être déposée
- La participation est modulée en fonction des ressources (trois tranches) et en fonction du coût restant à la charge de l'assuré après remboursements SS et mutuelle.

À noter : l'aide est versée **à postériori** sur présentation de la facture et des remboursements SS + Mutuelle qui vont permettre de calculer le montant de l'aide accordée).

PARTICIPATION

Tranche 1 : QF inférieur à 800 € → 70 % du reste à charge avec un maximum de 1500€
Tranche 2 : QF compris entre 801 et 1200 € → 50 % du reste à charge plafonné à 1500€
Tranche 3 : QF compris entre 1201 et 1590 € → 30 % du reste à charge plafonné à 1500€
Au delà : Pas d'aide de l'action sociale HCR Santé.

JUSTIFICATIFS À PRODUIRE

- Formulaire de demande de participation exceptionnelle aux frais de santé.
- Copie du livret de famille, photocopie carte d'identité pour les personnes célibataires.
- Dernier avis d'imposition sur le revenu.
- Dernier bulletin de salaire, IJ SS, pension invalidité.
- Pour les saisonniers, certificats de travail et bulletins de salaire attestant de 6 mois de cotisation HCR Santé au cours des 18 derniers mois.
- Justificatifs des remboursements SS et mutuelle pour les frais prothétiques.
- Factures prothétique acquittée (dentaire, auditif) ou facture d'aide à domicile acquittée selon le cas.
- Bulletin d'hospitalisation mentionnant les dates du séjour (pour participation aide à domicile après intervention chirurgicale) + Certificat médical mentionnant la nécessité d'une aide à domicile.
- Relevé d'identité bancaire du demandeur (RIB).

– Prière de ne pas agraffer vos justificatifs –

KLESIA – Action sociale HCR – 13 rue Denise Buisson - 93554 Montreuil Cedex