

**ANNEXE 2 : DEMANDE D'AIDE EXCEPTIONNELLE FONDS SOCIAL FRAIS DE SANTÉ DE L'ETABLISSEMENT
FRANÇAIS DU SANG**

Le Fonds Social Frais de Santé de l'EFS est destiné à participer, dans les limites de son budget, en tout ou partie des frais de santé au bénéfice d'un adhérent(*) étant dans une situation financière difficile.

I. VERIFIEZ D'ABORD QUE VOUS ETES ELIGIBLE AU FONDS SOCIAL

Conditions :

Le fonds social Frais de Santé de l'Etablissement Français du Sang est destiné à participer à tout ou partie des dépenses liées à l'état de santé, lorsque le reste à charge entraîne des difficultés financières pour l'adhérent (*).

() adhérent à la mutuelle*

**II. VERIFIEZ QUE VOTRE DOSSIER EST COMPLET :
SINON IL NE SERA PAS TRAITE PAR LA
COMMISSION.**

Pièces obligatoires (pour chaque justificatif fourni, veuillez cocher la case correspondante) :

- **Si votre demande concerne une dépense de santé avec un reste à charge inférieur à 500€, les documents suivants doivent être fournis pour chaque membre du foyer :**

- Photocopie du dernier avis d'imposition ou de non-imposition sur le revenu recto et verso
- Devis détaillé d'un professionnel ou factures des frais engagés
- Le cas échéant, la réponse de l'aide sollicitée auprès du fonds social de votre régime obligatoire (CPAM, MSA...)

Pour les demandes en lien avec le handicap : la réponse de la MDPH (Maison départementale de la Personne Handicapée)

- **Si votre demande concerne une dépense de santé avec un reste à charge supérieur à 500€, les documents suivants doivent être fournis pour chaque membre du foyer, le cas échéant :**

➤ Photocopies des justificatifs de ressources de l'année en cours :

- 3 derniers mois de salaire ou indemnité chômage ou indemnités maladie
- Pensions d'invalidité
- Allocation adultes handicapés
- Prestations familiales
- Allocation logement
- Prime d'activité, RSA (Revenu de Solidarité Active)
- Extrait du bilan comptable pour les travailleurs non salariés ou attestation du comptable
- Allocation tierce personne
- Pension alimentaire
- Photocopie du dernier avis d'imposition ou de non-imposition sur le revenu recto et verso

➤ Photocopies des justificatifs de charges :

- Dernier loyer ou accession à la propriété (joindre les tableaux de remboursement des crédits immobilier)
- Dernière facture d'électricité ou échancier
- Dernière facture de chauffage ou échancier
- Pension alimentaire
- Dernière taxe foncière
- Salaire versé à une tierce personne

➤ Pour les prestations concernées par la demande d'aide :

- Un devis détaillé du professionnel ou factures des frais engagés
- Réponse de l'aide sollicitée auprès du fonds social de votre régime obligatoire (CPAM, MSA, RSI...)
- Pour les demandes en lien avec le handicap : la réponse de la MDPH (Maison Départementale de la Personne Handicapée)
- Justificatif des remboursements Mutuelle(s) – Si couvert par plusieurs mutuelles

Tous les renseignements fournis seront strictement confidentiels et ne pourront pas être utilisés à d'autres fins. Le dossier sera présenté de manière anonyme à la Commission.

DEMANDEUR / BÉNÉFICIAIRE

NOM :

.....

PRÉNOM :

.....

ADRESSE :

.....

.....

.....

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE :

.....

FONCTION

.....

LIEU D'ACTIVITÉ

.....

SITUATION DE FAMILLE (mettre une croix dans la case utile) :

- Célibataire
- Marié(e)
- Concubin
- Pacs
- Divorcé(e) ou séparé(e)
- Veuf(ve) – Date du décès du conjoint --- / ---/ ---

NOM, PRÉNOM ET LIEN DE PARENTÉ DU BÉNÉFICIAIRE DE LA DEMANDE (si différent du demandeur):

.....

.....

.....

PERSONNES À CHARGE FISCALEMENT				
NOM ET PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE	LIEN DE PARENTÉ	SITUATION DE FAMILLE	SITUATION PARTICULIERE (de la personne à charge et/ou du conjoint)

RESSOURCES ANNUELLES DE LA FAMILLE			
DÉSIGNATION	Du demandeur	Du conjoint ou concubin	Des autres personnes vivant au foyer
► Salaires nets
<input type="checkbox"/> Allocations familiales
<input type="checkbox"/> Allocation logement
<input type="checkbox"/> Autres ressources ⁽¹⁾
TOTAL :			

(1) Exemples : retraite, rentes viagères, revenus mobiliers, loyers, pension militaire, rente d'invalidité, pension alimentaire...

CHARGES ANNUELLES DE LA FAMILLE	
LOGEMENT ⁽²⁾	
<p>Si vous êtes PROPRIETAIRE ou en ACCESSION À LA PROPRIETE (barrer la mention inutile)</p> <p>■ Remboursement de prêts pour accession à la propriété..... € par an</p> <p>■ Taxe foncière € par an</p> <p>■ Taxe d'habitation € par An</p> <p>■ Charges de copropriété.....€ par an</p>	<p>Si vous êtes LOCATAIRE :</p> <p>■ Loyer..... € par an</p> <p>■ Charges locatives ou de copropriété : € par an</p>
<p>■ Si VOUS HABITEZ, chez vos parents, des enfants, ou d'autres personnes, indiquez le montant de votre participation aux frais de logement € par an</p>	
<p>■ Êtes-vous logé à titre gratuit : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p>	

AUTRES CHARGES ⁽²⁾	
<p>■ Chauffage € par an</p> <p>■ Impôts sur le revenu..... € par an</p> <p>■ Gaz, électricité..... € par an</p>	<p>■ Crédits à la consommation (à détailler) :€ par an</p> <p>■ Autres charges régulières€ par an</p>
CHARGES EXCEPTIONNELLES (au cours des 12 derniers mois)	
<p>■ Frais d'installation (déménagement, aménagement) €</p> <p>■ Frais d'amélioration du confort de votre logement..... €</p> <p>■ Frais consécutifs à un décès €</p> <p>■ Autres (à préciser) €</p>	
TOTAL :	

(2) Joindre impérativement tous les justificatifs

DETAILS DE LA DEPENSE :

MONTANT HORS REMBOURSEMENT :

REMBOURSEMENT SECU :

(à préciser même si la dépense n'est pas encore engagée)

REMBOURSEMENT MUTUELLE :

(à préciser même si la dépense n'est pas encore engagée)

REMBOURSEMENT 2^{ème} MUTUELLE (CONJOINT OU SURMUTUELLE) :

(à préciser même si la dépense n'est pas encore engagée)

TOTAL DES REMBOURSEMENTS :

RESTE A CHARGE (MONTANT DEMANDE) :

**AIDES EXCEPTIONNELLES REÇUES OU
DEMANDEES CES 12 DERNIERS MOIS**

(Exemples de fonds attribuant des aides : Centre communal d'action social (CCAS), Fonds social de la CPAM, Fonds social (complémentaire Frais de Santé, Direction départementale de l'action sanitaire et sociale (DDASS), Commission d'entraide ou de secours du CSE, Autre Commission sociale, Maison départementale des Personnes Handicapées (MDPH), Divers...)

DESIGNATION DU FONDS	MOTIF	MONTANT	DATE
▶
▶
Etc....			

RESUME DU CONTEXTE ET DE LA DEMANDE :

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements contenus dans la présente demande. En cas de fausse déclaration, je m'expose à des poursuites pénales.

Je consens à ce que mes données de santé soient traitées par [*sera précisé le service en charge de l'instruction des dossiers*] afin d'analyser mon éligibilité aux fonds sociaux frais de santé et prévoyance de l'Etablissement français du sang. Je peux retirer mon consentement à tout moment. Le retrait de mon consentement aura pour effet de rendre mon dossier incomplet*.

J'accepte que les éléments fournis dans mon dossier soit transmis, de manière anonyme, aux membres de la commission sociale.

Fait à le

Signature :

Le dossier et les justificatifs sont à adresser à
[*sera précisé le service en charge de l'instruction des dossiers*]*

MENTIONS D'INFORMATION RGPD A DESTINATION DES SALARIES A INSERER EN BAS DES FORMULAIRES DE DEMANDE D'AIDE FONDS SOCIAUX*

Les informations recueillies au titre de ce formulaire font l'objet d'un traitement de données à caractère personnel par l'EFS, en tant que responsable de traitement et dont le siège se situe au 20 avenue du Stade France, 93218 La Plaine Saint-Denis Cedex.

Ce traitement est destiné à vérifier l'éligibilité des demandes d'aide aux fonds sociaux, à accompagner le salarié dans la constitution de son dossier et à instruire les dossiers pour l'octroi des aides. Ce traitement est fondé sur l'exécution du contrat de travail et plus précisément sur les avenants n°11 et n°13 de l'accord collectif spécifique relatif aux régimes complémentaires de prévoyance et frais de santé institués par la convention collective de l'EFS.

La fourniture de vos informations est nécessaire pour permettre l'examen de votre dossier.

Les destinataires de vos données personnelles sont la directrice de l'Action Sociale, la référente de l'Action Sociale désignée et son binôme. La Commission paritaire Frais de santé et prévoyance constituée par l'EFS et les organisations syndicales n'a accès qu'à un dossier strictement anonymisé par Harmonie Mutuelle.

Les données personnelles collectées seront conservées 2 ans par Harmonie Mutuelle.

Conformément aux lois et règlements en vigueur en matière de protection des données et à condition de justifier de votre identité, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation. Enfin, vous disposez du droit d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

Vous pouvez exercer vos droits auprès de l'EFS en vous adressant à la Direction des Ressources Humaines nationale.

L'EFS a désigné un Délégué à la protection des données - ou DPO - que vous pouvez contacter à l'adresse email suivante : efs.dpo@efs.sante.fr*

* Les informations de l'annexe 2 suivies de l'astérisque (*), soit les dispositions concernant le consentement relatif au traitement des données par le service en charge de l'instruction des dossiers, celles relatives à l'envoi des documents à ce service ainsi que les dispositions relatives au RGPD sont communiquées à titre indicatif et ne font pas partie intégrante du présent avenant. Ces dispositions sont susceptibles d'évolutions ultérieures sans nécessiter la conclusion d'un nouvel avenant.