

## ANNEXE 4 : DEMANDE D'AIDE EXCEPTIONNELLE FONDS SOCIAL PREVOYANCE DE L'ETABLISSEMENT FRANÇAIS DU SANG

Le Fonds Social Prévoyance de l'EFS est destiné à aider, ou accompagner, dans les limites de son budget, les bénéficiaires du régime prévoyance EFS étant dans une situation financière particulièrement difficile liée au décès, à l'incapacité temporaire de travail, à l'incapacité permanente de travail, à l'invalidité ou à la perte d'autonomie.

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

#### Conditions :

- ▶ Le bénéficiaire des prestations est adhérent au régime Prévoyance de l'EFS
- ▶ Il s'agit de dépenses présentant un lien avec les garanties du régime prévoyance.
- ▶ La dépense a un caractère nécessaire, exceptionnel et est liée, notamment à :
  - L'aménagement du cadre de vie
  - L'assistance à domicile
  - L'accompagnement par un professionnel de santé
  - Les frais d'obsèques
- ▶ Les dépenses concernent l'année en cours (ou l'année passée pour les Commissions de début d'année)
- ▶ La situation financière du demandeur ou de sa famille est difficile ou rendue difficile par cette dépense

**II. VERIFIEZ QUE VOTRE DOSSIER EST COMPLET :**

**SINON IL NE SERA PAS TRAITE PAR LA  
COMMISSION.**

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

- Certificat attestant de l'état de santé rendant nécessaire la dépense (ou certificat de décès)
- Au moins 1 devis
- Ou justificatif de la dépense
- Justificatif des remboursements Sécu
- Justificatif des remboursements complémentaires
- Photocopie du dernier avis d'imposition ou, à défaut, certificat de non-imposition
- Tous les justificatifs relatifs à votre demande

**Tous les renseignements fournis seront strictement confidentiels et ne pourront être utilisés à d'autres fins. Le dossier sera présenté 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** (si différent du demandeur) :  
.....  
.....

<b>PERSONNES À CHARGE FISCALEMENT</b>				
<b>NOM ET PRÉNOM</b>	<b>DATE DE NAISSANCE</b>	<b>LIEN DE PARENTÉ</b>	<b>SITUATION DE FAMILLE</b>	<b>SITUATION PARTICULIERE</b> (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 <sup>(1)</sup>	.....	.....	.....
<b>TOTAL :</b>			

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

<b>CHARGES ANNUELLES DE LA FAMILLE</b>	
<b>LOGEMENT<sup>(2)</sup></b>	
<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>	
<b>AUTRES CHARGES<sup>(2)</sup></b>	
<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>

<b>CHARGES EXCEPTIONNELLES (au cours des 12 derniers mois)</b>	
■ Frais d'installation (déménagement, aménagement) .....	€
■ Frais d'amélioration du confort de votre logement.....	€
■ Frais consécutifs à un décès : .....	€
■ Autres (à préciser) : .....	€
<b>TOTAL :</b>	

(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)*

**TOTAL DES REMBOURSEMENTS :**

**RESTE A CHARGE (MONTANT DEMANDE) :**

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

Exemples de fonds attribuant des aides : Fonds social Frais de santé, Accord portant sur l'emploi, l'insertion professionnelle et le maintien dans l'emploi des personnes en situation de handicap, Centre communal d'action sociale (CCAC), fonds social de la CPAM, Fonds social (complémentaire Frais de Santé ou Prévoyance), 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), Agefiph, divers...

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

**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](mailto:efs.dpo@efs.sante.fr)

---

\* Les informations de l'annexe 4 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.