

Nous vous invitons à nous retourner **l'ensemble des documents sollicités** ainsi que ce formulaire dûment **complété et signé**. Un seul formulaire permet de solliciter plusieurs aides.

Les aides sont facultatives et ponctuelles et les demandes sont **étudiées au cas par cas**. Les aides doivent être demandées **après sollicitation des aides** mentionnées dans la partie « AIDES SOLLICITÉES » lorsque possible.

Toute demande donnera lieu à une réponse écrite.

QUI PEUT EN BÉNÉFICIER ?

Les aides s'adressent aux salariés, saisonniers ou apprentis HCR cotisant en **Frais de santé** auprès de **KLESIA Prévoyance ou Malakoff Humanis Prévoyance** dans le cadre du contrat obligatoire souscrit par leur employeur (et les bénéficiaires de la portabilité de droits).

Les aides sont réservées aux assurés :

- dont les **revenus ne dépassent pas un quotient familial mensuel de 1 700 €** (revenu brut global des avis d'imposition de l'ensemble des membres du foyer divisé par 12 puis par le nombre de parts fiscales) (exceptée pour l'aide aux victimes de violences intrafamiliales) ;
- cotisant au **contrat depuis 6 mois** pour les salariés et apprentis ou 6 mois au cours des 18 derniers mois pour les saisonniers.

QUELLES SONT LES AIDES PROPOSÉES ?

- Remboursement de frais de santé importants (**minimum 50 €**) correspondant à une des catégories suivantes :
 - frais restants à votre charge après intervention de la **Sécurité sociale et/ou de la mutuelle HCR**.
 - frais de **parodontologie** (*ie soins des gencives et des autres tissus de soutien de la dent*) non-remboursés par la Sécurité Sociale ou la mutuelle HCR.
- Prise en charge du coût de **soins de support** rendus nécessaires par une **affection longue durée exonérante** :
 - **soins et produits liés à l'estime de soi** (onco-esthétique, vêtements spécifiques, prothèses capillaires, tatouage 3D, etc) ;
 - **interventions et prescriptions de praticiens** (nutritionnistes, sophrologues, troubles de la sexualité, compléments alimentaires prescrits, etc.).
- Aide au financement de frais de **traitement d'une addiction** : restes à charge après intervention de la **Sécurité sociale**, interventions de **psychothérapeutes libéraux hors du dispositif « Mon Soutien psy »** et **soins d'accompagnement d'un traitement d'une addiction** (hypnose encadrée, art-thérapie, méditation, etc.).
- **Aide aux victimes de violences intrafamiliales** : remboursement de jusqu'à 1 500 € de frais d'hébergement nécessaires (notamment : relogement, transport, remplacement de serrure).
- Depuis le site HCR Bien-Être, vous pouvez également solliciter l'aide contre la [précarité menstruelle](#) et l'aide à [l'activité sportive](#).

DEMANDEUR

Nom de naissance : Prénom :
Nom d'usage : Date de naissance :
N° de Sécurité sociale :
Adresse :
Code postal : Ville :
Téléphone :
Courriel/Email :
Emploi exercé :
Nom de l'entreprise adhérente à HCR Bien-Être qui vous emploie :
N° SIRET de l'entreprise (indiqué sur votre bulletin de paie) :
Date d'entrée dans l'entreprise :
Adresse de l'entreprise qui vous emploie :
Code postal de l'entreprise : Ville où se situe l'entreprise :
Êtes-vous un ancien salarié en portabilité de droits ? Oui Non Si oui, précisez depuis quand :
Situation familiale (cochez la case correspondante et précisez depuis quand) :
Célibataire Divorcé(e) Marié(e) PACS Séparé(e) Veuf(ve) Vie maritale

CONJOINT - CONCUBIN OU PACS

Nom de naissance :

Prénom :

Nom d'usage :

Date de naissance :

N° de Sécurité sociale :

Employeur :

Emploi exercé :

ENFANTS FISCALEMENT À CHARGE

NOM / PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE	LIEN DE PARENTÉ	PROFESSION OU AUTRE SITUATION

AIDES SOLLICITÉES (AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS)

Les aides ci-dessous doivent être sollicitées avant l'envoi de ce formulaire lorsque cela est possible pour votre demande.

Indiquez ci-dessous les organismes que vous avez sollicités :

ORGANISME	EN COURS	REFUSÉES	ACCORDÉES	DATE	MOTIF DE L'AIDE	MONTANT
Centre communal d'Action sociale ou Mairie						
Conseil départemental						
Sécurité sociale						
Institution de retraite complémentaire (nom) :						
Mutuelle ou prévoyance						
Autres organismes (précisez) :						

MOTIFS ET CIRCONSTANCES DE VOTRE DEMANDE

Vous demandez une aide pour :

frais de santé importants dépenses liées à des soins de support pour une ALD exonérante

frais de traitement d'une addiction dépenses d'hébergement des victimes de violences intrafamiliales

Détaillez votre demande :

Êtes vous accompagné par un travailleur social ? Oui Non

Précisez ses coordonnées (nom, service, tél., e-mail) :

Comment avez-vous eu connaissance de notre action sociale ?

assistant social collègue employeur réseaux sociaux email ou courrier

autre (précisez) :

DOCUMENTS À FOURNIR

PIÈCES À TRANSMETTRE POUR TOUTE DEMANDE D'AIDE :

- **Formulaire de demande d'aide** rempli, daté, signé avec les motifs et circonstances de la demande renseignés ;
- **Pièce d'identité** (Carte Nationale d'Identité, titre de séjour, passeport) en vigueur ;
- Votre dernier **bulletin de salaire** ;
- Dernier **avis d'imposition** de l'ensemble des membres de votre foyer dans son intégralité (sauf pour l'aide aux victimes de violences intrafamiliales) ;
- Justificatif de la **dépense/dette sur laquelle porte la demande** (facture, créance...) ;
- Justificatif des décisions rendues par **les acteurs que vous avez mentionnés dans la partie AIDES SOLLICITÉES** ;
- **Relevé d'identité bancaire (RIB)** à votre nom ou celui du créancier auprès duquel la dépense a été réalisée.

JUSTIFICATIFS À TRANSMETTRE EN COMPLÉMENT SELON L'AIDE DEMANDÉE :

Remboursement de frais de santé importants : **décompte de remboursement de votre mutuelle** associé à la dépense sur laquelle porte votre demande.

Prise en charge du coût de soins de support

- Votre **attestation de droits Ameli** avec la case « Exonération du ticket modérateur » cochée ;
- **Décompte de remboursement de votre mutuelle** associé à la dépense sur laquelle porte votre demande.

Financement de frais de traitement d'une addiction

- **Décompte de remboursement de votre mutuelle** associé à la dépense sur laquelle porte votre demande ;
- Si la demande concerne un **psychothérapeute libéral hors du dispositif « Mon Soutien psy »** ou des **soins d'accompagnement** : justificatif de votre suivi addictologique (attestation de suivi CSAPA, écrit d'un professionnel référent...).

Aide aux victimes de violences intrafamiliales

- **Dépôt de plainte, signalement au procureur de la République ou demande d'ordonnance de protection pour des motifs de violences intrafamiliales** datant de moins d'un an avant votre demande ;
- Si d'autres membres de votre foyer sont concernés par la difficulté rencontrée : justificatif de la **composition familiale** (ex : avis d'imposition, livret de famille...) ;
- Si la demande concerne des **frais de changement de serrures** : justificatif de la réponse donnée par l'assurance habitation.

JUSTIFICATIFS À TRANSMETTRE EN COMPLÉMENT SELON VOTRE SITUATION :

Si vous êtes saisonnier : dernier(s) bulletin(s) de paie des différents employeurs attestant de 6 mois de cotisation au régime frais de santé au cours des 18 derniers mois.

Si vous êtes bénéficiaires de la portabilité des garanties Frais de santé :

- **Attestation d'affiliation** confirmant la situation de portabilité du demandeur de l'aide ;
- Dernière **attestation France Travail** du demandeur de l'aide.

J'atteste sur l'honneur de l'exactitude des éléments renseignés sur ce formulaire et des documents transmis et suis informé(e) qu'il peut m'être réclamé des justificatifs complémentaires afin d'étudier ma demande.

Fait à :

Le :

Signature du demandeur

(en cas d'impossibilité de signature électronique, écrire à la place votre prénom et votre nom pour permettre le traitement de la demande) :

Merci de bien vouloir nous retourner ce dossier ainsi que l'ensemble des justificatifs demandés à l'une des adresses suivantes :

Par mail : aides-individuelles-HCR@klesia.fr

en mettant en objet de votre mail votre nom et de votre prénom suivi de / SANTÉ (exemple : DURAND Martin / SANTÉ)

Par courrier : KLESIA - ACTION SOCIALE HCR - 1-13, rue Denise Buisson - 93554 MONTREUIL CEDEX

MERCI DE NE PAS AGRAFER VOS JUSTIFICATIFS

Conformément à la réglementation en vigueur, et en particulier au Règlement général sur la protection des données n° 2016/679 du 27 avril 2016, les informations transmises via ce formulaire sont destinées au GIE KLESIA ADP en sa qualité de responsable du traitement et pourront être transmises au GIE KLESIA. Vos données sont collectées pour la gestion administrative de votre dossier dans le cadre de notre relation contractuelle. Nous utilisons également vos données en vue de respecter nos obligations légales et réglementaires, en particulier afin de lutter contre le blanchiment de capitaux, le financement du terrorisme et contre la fraude à l'assurance. Les données sont conservées durant toute la durée de l'exécution de votre contrat, puis jusqu'aux termes des délais de prescription légaux. Vous pouvez demander l'accès, la rectification, l'effacement, la portabilité, le retrait du consentement au traitement de vos données personnelles, nous indiquer les directives quant à l'utilisation de vos données après votre décès, ainsi que limiter ou vous opposer au traitement en écrivant à info.cnil@klesia.fr ou à KLESIA - Service INFO CNIL CS 30027, 93108 Montreuil cedex. Veuillez noter, toutefois, que certaines données peuvent être exclues de ces demandes dans certaines circonstances, notamment si nous devons continuer à traiter vos données pour servir nos intérêts légitimes ou respecter une obligation légale. Afin de nous permettre de confirmer votre identité en cas de doute, un justificatif d'identité pourra vous être demandé. Nous conserverons une copie de votre pièce d'identité pendant une durée maximale d'un an. KLESIA prend les mesures conformes à l'état de l'art afin d'assurer la sécurité et la confidentialité de vos données conformément à la réglementation en vigueur. Vous pouvez saisir directement la CNIL à l'adresse suivante : 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07.

Numéro IDU : FR233042_01GSBS

