

Nous vous invitons à nous retourner l'ensemble des documents sollicités ainsi que ce formulaire dûment complété et signé. Les aides sont facultatives, ponctuelles et étudiées au cas par cas. L'aide est principalement versée pour financer un reste à charge associé à une des dépenses ci-dessous :

- Prothèses dentaires et appareils auditifs pris en charge par la sécurité sociale
- Aide à domicile après interventions chirurgicales et hospitalisations d'au moins 3 jours ou accouchements par césarienne
- Prothèses capillaires après un cancer
- Frais liés à des cancers ou maladies rares

L'aide s'élève **jusqu'à 1 500 €**. La part maximum du reste à charge pouvant être financée dépend du revenu du demandeur (détail sur la page dédiée à l'aide du site HCR Bien-Être).

**Toute demande donnera lieu à une réponse écrite.**

### CONDITIONS À REMPLIR

- Être salarié, saisonnier ou apprenti HCR à la date de la demande et cotiser en Frais de Santé auprès de KLESIA Prévoyance ou Malakoff Humanis Prévoyance dans le cadre du contrat obligatoire souscrit par votre employeur.
- Ne pas dépasser un quotient familial mensuel de 1 700 €.
- Pour les salariés et apprentis : 1 an d'ancienneté minimum au moment de la demande.
- Pour les saisonniers : 6 mois d'ancienneté minimum au cours des 18 derniers mois au moment de la demande.
- Seuls les justificatifs de frais de moins de 12 mois au moment de la demande sont acceptés.
- Les anciens salariés en portabilité de droits sont éligibles.
- Les salariés en congé parental à la date de la demande ne sont pas éligibles.
- Les ayants droit (ex : enfants, conjoints) ne sont pas éligibles.

### DEMANDEUR

Nom : \_\_\_\_\_ Prénoms : \_\_\_\_\_  
Nom d'usage : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_  
Téléphone domicile : \_\_\_\_\_ Téléphone portable : \_\_\_\_\_  
N° de Sécurité sociale : \_\_\_\_\_  
Courriel/Email : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_  
Nom de l'entreprise adhérente à HCR Bien-Être : \_\_\_\_\_  
N° SIRET : \_\_\_\_\_  
Date d'entrée dans l'entreprise : \_\_\_\_\_ Emploi exercé : \_\_\_\_\_  
Êtes-vous bénéficiaire de la portabilité des garanties Frais de santé ?    Oui    Non  
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 : \_\_\_\_\_ Prénoms : \_\_\_\_\_  
Nom d'usage : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_  
N° de Sécurité sociale : \_\_\_\_\_ Date de décès (le cas échéant) : \_\_\_\_\_  
Employeur : \_\_\_\_\_  
Emploi exercé : \_\_\_\_\_

## ENFANTS FISCALEMENT À CHARGE

NOM / PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE	ÉTUDES SUIVIES	ENFANT EN SITUATION DE HANDICAP

## 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 :

## DOCUMENTS À FOURNIR

- Formulaire rempli (daté, signé et les motifs et circonstances de la demande renseignés)
- Relevé d'identité bancaire intégral au nom du salarié
- Livret(s) de famille avec mention des parents et de tous les enfants ou actes de naissance de tous les enfants ou à défaut les pièces d'identité (CNI, passeport) en vigueur de l'ensemble des membres du foyer.
- Dernier avis d'imposition sur le revenu de l'ensemble des membres du foyer dans son intégralité
- Justificatifs des revenus du demandeur : dernier bulletin de salaire, indemnité journalière reçue pendant un arrêt maladie, pension d'invalidité, etc.
- Pour les saisonniers : contrats de travail et dernier(s) bulletin(s) de paie des différents employeur(s) attestant de 6 mois de cotisation au régime Frais de santé au cours des 18 derniers mois
- Pour les prothèses (dentaires, auditives, capillaires) :
  - Dernier décompte de la mutuelle HCR (mentionnant les remboursements de la Sécurité sociale et de la mutuelle)
  - Facture de la prothèse acquittée
- Pour l'aide à domicile :
  - Bulletin d'hospitalisation mentionnant les dates du séjour
  - Facture d'aide à domicile acquittée
  - Certificat médical mentionnant la nécessité d'une aide à domicile, la durée et le nombre d'heures par jour.

## ATTESTATION SUR L'HONNEUR

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](mailto: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.

J'atteste sur l'honneur de l'exactitude des éléments renseignés sur ce formulaire et des documents transmis à l'action sociale du régime référencé Prévoyance HCR 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](mailto:aides-individuelles-HCR@klesia.fr)**

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

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

**MERCI DE NE PAS AGRAFER VOS JUSTIFICATIFS**

