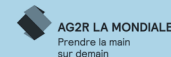




DEMANDE D'INTERVENTION SOCIALE

Fonds social du Degré Elevé de Solidarité (DES) de la Branche SDLM
Aide financière – situation de **handicap** ou perte d'autonomie



Veillez retourner votre dossier complet impérativement par courrier électronique à : prevention.blf@groupagricar.com
ou par courrier postal à : Groupe AGRICA – LISA HDS SDLM – AGRICA PRÉVOYANCE, 21 rue de la Bienfaisance 75382 Paris cedex 08

Demandeur de l'aide

Cette aide est destinée à vous soutenir en cas de situation de handicap ou de perte d'autonomie.

Grâce aux soutiens des partenaires sociaux de votre branche professionnelle SDLM vous pouvez bénéficier d'une aide financière jusqu'à 1 000 € par an sur justificatifs pour vous aider à faire face à des dépenses exceptionnelles en raison de votre situation de handicap ou de perte d'autonomie (aménagement du domicile, équipement du véhicule, achat de matériel, besoin d'une aide à domicile).

Cette aide est accordée sous conditions d'éligibilité et de ressources dans la mesure où :

- Vous êtes salarié(e) d'une entreprise adhérente au régime prévoyance de la branche SDLM ;
- Vous êtes dans l'un des 3 cas suivants :
 - > Taux d'incapacité supérieur ou égal à 50% (défini par la MDPH) ;
 - > Détenteur de la Carte Mobilité Inclusion : carte priorité (taux inférieur à 80 %) ;
 - > Détenteur de la Carte Mobilité Inclusion : invalidité (taux supérieur à 80 %) ;
- Vous justifiez d'un revenu fiscal de référence divisé par le nombre de parts fiscales : 25 000 € par part fiscale (x 1,5 pour les personnes célibataires sans enfant).

L'évaluation de la situation individuelle s'appuie sur les ressources fiscales du foyer définies par le Revenu Fiscal de Référence figurant sur le (ou les) avis d'impôt(s) divisé(s) par le nombre de parts fiscales du foyer.

Il est à noter que pour la situation d'un célibataire (non pacsé, non séparé, non concubin, sans enfant) il est admis qu'il sera retenu 1,5 part fiscale.

Salarié(e), Demandeur(se) de l'aide

Nom d'usage :
Nom de naissance :
Prénom(s) :
Date de naissance : / /
N° Sécurité sociale :
Adresse :
Code postal :
Ville :
Tél. domicile :
Tél. portable :
Courriel :@.....

Entreprise

Nom de l'entreprise :
Adresse :
Code postal :
Ville :
Numéro SIRET :
Code NAF :
N° de client :

Vous êtes : célibataire marié(e) divorcé(e) séparé(e) PACS Vie maritale veuf(ve)
Depuis quelle date ? : / /

Conjoint

Nom d'usage : Nom de naissance :
Prénom(s) : Date de naissance : / /
Vous êtes : actif(ve) étudiant(e) chômeur(se) retraité(e) - Autre

Autres personnes vivant au foyer :

Nom et prénom	Date de naissance	Lien de parenté	Situation

Aides exceptionnelles sollicitées (au cours des 12 mois) :

Organismes	Motif	En cours	Date accord	Montant	Refus
CCAS ou Mairie					
Conseil Général/MDPH					
Sécurité sociale					
Fonds social retraite complémentaire					
Comité d'entreprise					
Autres organismes					

Documents à joindre accompagnés du présent formulaire complété et signé :

Documents à joindre accompagnés du présent formulaire complété et signé :

- Copie recto verso de la carte nationale d'identité ou du passeport ou du titre de séjour en cours de validité ;
- Copie du dernier avis d'impôt sur le revenu de toutes les personnes du foyer ;
- Copie du dernier bulletin de salaire ;
- Relevé d'identité bancaire à votre nom ;
- Copie de la notification de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) et/ou copie de la carte mobilité inclusion (CMI) ;
- Copie des justificatifs des factures acquittées ou présentées par les prestataires ;
- Copie des justificatifs des aides accordées ou refusées au cours des 12 derniers mois relatives aux factures et dépenses pour lesquelles vous sollicitez cette aide.

Vous ne pouvez faire qu'une seule demande par an (en cumulant s'il y a lieu plusieurs dépenses au titre de l'année).

L'aide plafonnée à 1.000€ par an est versée dans la limite du budget disponible et du reste à charge de l'assuré après déduction de toutes les aides légales ou extra légales ayant pu être accordées. Si le taux d'incapacité augmente, une nouvelle demande pourra être déposée dans l'année.

N'oubliez pas de joindre ces documents avec le formulaire, ils sont indispensables pour le traitement de votre demande.

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

Fait à :

Le :

Signature obligatoire du demandeur

Vos données à caractère personnel sont collectées et traitées par votre organisme assureur : AG2R LA MONDIALE, AGRICA (CCPMA PREVOYANCE) ou APICIL dans le cadre de la gestion des garanties dont vous bénéficiez et de l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur, dont la lutte anti-blanchiment, ou l'analyse de vos données, dans le cadre des obligations de conseil nous incombant.

Dans le cadre de ces traitements, vos données sont transmises aux services en relation avec vous et vos ayants droit, aux membres de l'un ou l'autre des 3 assureurs sus-désignés ou à ses partenaires qui interviennent dans la réalisation des finalités énoncées et, enfin, aux administrations et autorités publiques concernées.

Vous disposez de différents droits dont celui de demander l'accès aux données vous concernant ou de vous opposer à la mise en œuvre d'un traitement. Vous avez également la possibilité de définir des directives générales et particulières précisant la manière dont vous entendez que soient exercés ces droits, après votre décès.

Vous pouvez exercer vos droits en vous adressant au Délégué à la Protection des Données : par courrier électronique à l'adresse suivante : dpo.blf@groupagricra.com ou par courrier postal à l'adresse suivante : Groupe AGRICA, Direction Déléguée Maîtrise des Risques, 21 rue de la Bienfaisance, 75382 Paris Cedex 08

AG2R Prévoyance - Institution de prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale - Membre d'AG2R LA MONDIALE et du GIE AG2R - Siège social : 14-16 boulevard Malesherbes 75008 PARIS. SIREN 333232 270.

APICIL Prévoyance, Institution de prévoyance régie par le titre III du livre IX du code de la Sécurité sociale, inscrite au répertoire SIREN N°321 862 500, dont le siège est situé 38 rue François Peissel – 69300 CALUIRE ET CUIRE.

CCPMA PREVOYANCE, Institution de prévoyance régie par le Titre III du Livre IX du Code de la Sécurité sociale, Membre du GIE AGRICA GESTION dont le siège social est situé au 21 rue de la Bienfaisance 75008 PARIS et immatriculé au Registre du Commerce et des Sociétés de PARIS sous le N°493 373 682