FONDS SOCIAL DEDIE APPRENTIS D'AUTEUIL

Tout salarié et collaborateur, adhérent à la mutuelle, ayant un an d'ancienneté au sein de la Fondation d'Auteuil au moment de la demande peut bénéficier du Fonds social dédié dont le plafond a été fixé à 1 500 euros par an.

Un délai de carence d'un an est requis entre la dernière attribution du fonds social dédié et une nouvelle demande de fonds social dédié.

Le fonds social dédié est alimenté par un pourcentage des cotisatlons payées et est piloté par la Commission Logement, Prêt d'Honneur, Mutuelle et Prévoyance.

Au regard des cotisations de la Fondation, le budget annuel du fonds social dédié est estimé à 50 000 euros par an.

Critères d'éligibilité :

- ✓ Les demandes d'aide doivent porter sur des dépenses de frais de santé nécessaires pour faire face à une situation d'urgence ou de sécurité et dont le coût dépasse les capacités financières du bénéficiaire.

- ✓ Le fonds social permet de palier des frais de santé importants en cas de non-intervention de la Sécurité sociale ou d'insuffisance des prestations.

- ✓ L'intervention est strictement limitée aux soins médicaux importants dont le coût exceptionnel risque d'affecter lourdement le budget familial de l'adhérent, a l'exception toutefois des soins esthétiques ou des frais à caractère personnel annexes à une hospitalisation (télévision, téléphone, journaux...).

- ✓ **Les demandes peuvent porter sur** :

  - o Participation aux frais de voyage du conjoint dans le cadre de l'hospitalisation de l'adherent ;
  - o Prothèses auditives, prothèses mammaires ou perruques suite à des traitements médicaux ;
  - o Prise en charge des frais pour enfant handicapé (soins à l'étranger par exemple) ;
  - o Soins dispensés à l'étranger par un spécialiste de renommée mondiale ou hospitalisation, urgente hors de France ;
  - o Frais non pris en charge par la Sécurité sociale qui justifient une allocation eu égard à la situation sociale de l'intéressé : frais d'ambulance, lit d'accompagnant, pharmacie non vendue sur le territoire français...

- ✓ Les demandes sont étudiées cas par cas, au regard de la nature des soins, de la somme restant à charge de l'assuré et des ressources de l'assuré et de sa famille.

- ✓ Le demandeur doit avoir au préalable sollicité tous les organismes prioritaires pour intervenir (Sécurité sociale, organismes assureurs, Maisons Départementales des Personnes Handicapées...).

RMMF

- ✓ Sont bénéficiaires les salariés et collaborateurs adhérents et leurs ayants droits adhérents au régime Frais de santé et/ou Prévoyance complémentaire présents dans les effectifs à la date des soins et de la demande d'aide.

  - ✓ Les demandes d'aide du fonds social doivent porter sur des dépenses dont le reste à charge est d'un montant minimum de 100 €.

  - ✓ La demande doit obligatoirement être justifiée par une facture récente (datée d'il y a moins d'un an).

  - ✓ L'aide attribuée par le fonds social est limitée à **1 500 euros** par an et par salarié.

  - ✓ Une somme de 10% minimum des frais engagés restera à la charge du salarié.

  - ✓ L'attribution de l'aide est soumise à un plafond de ressources annuel fixé pour 2021 en fonction de la composition du foyer fiscal du demandeur 31 500 € pour 1 personne ; 52 000 € pour un couple ; + 2 000 € par enfant ; + 10 000 € par adulte handicapé ou par enfant handicapé à charge). Le plafond de ressources sera revalorisé annuellement en fonction de l'indice SMB (salaire mensuel de base) annuel, suivant les indicateurs DARES. Le formulaire de demande, annexé à la présente charte, sera actualisé ainsi chaque année.

  - ✓ Les membres de la Commission instruiront les dossiers en veillant à une répartition équilibrée du budget du Fonds social dédié entre les différentes régions et proportionnelle à leur effectif.

  - ✓ Toute autre demande ayant un caractère exceptionnel, sera étudiée par les membres de la commission.

La Présidente de la Commission, Madame Rose-Marie MARTINEZ FUENTE est la seule habilitée à demander le déblocage du Fonds Social Dédié. En son absence, Monsieur Jehan-Olivier LOMBART, élu de la commission, peut effectuer ce déblocage.

Pour la commission LPHMP, fait à Paris, le 26 mars 2021

Rose-Marie MARTINEZ FUENTE
Présidente de la Commission

RMMartinez

Annexe : formulaire FSD

Membres de la Commission :
Madame Rose-Marie MARTINEZ FUENTE (Lycée Saint-François La Cadène) – Région Sud-Ouest
Madame Murielle COMBE (Ets Jean-Marie Vianney) – Région Sud-Est
Madame Stéphanie GERAUD (Lycée Horticole et Paysager Privé Saint Antoine) – Région IDF
Monsieur Jehan-Olivier LOMBART (M.E.C.S. Saint-Jacques) – Région Nord-Est
Monsieur Francis MOULIN (M.E.C.S. Notre Dame des Vaux) – Région Nord-Ouest

FONDS SOCIAL DEDIE

FORMULAIRE A REMPLIR PAR LE SALARIE

Madame, Monsieur,

Afin de faire face à des frais de santé exceptionnels, je sollicite le fonds social dédié pour un montant de :.....**€** (minimum 100 € et maximum 1 500 €).

Je m'engage à joindre les documents suivants :

- ☐ Une copie du dernier relevé d'imposition (rappel : 31 500 € pour une personne, 52 000 € pour un couple ; + 2 000 € par enfant et + 10 000 € par adulte handicapé ou par enfant handicapé à charge)
- ☐ .. Tout document reçu des organismes prioritaires (Sécurité Sociale, organismes assureurs, Maisons Départementales des Personnes Handicapées, etc.) préalablement sollicités avant toute demande d'un fonds social dédié
- ☐ .. La facture justifiant le montant de la dépense engagée (10% minimum des frais engagés restant à ma charge)
- ☐ .. Un R.I.B indiquant l'adresse postale du salarié

Et à remplir précisément le motif de ma demande ci-dessous.

Etablissement de travail

Région : · IDF · NE · NO · SE · SO
Etablissement : _____ Matricule : _____
Date d'embauche : _____ Poste : _____

Etat civil du demandeur

Nom, prénom : _____ Nom de jeune fille : _____
Adresse : _____
Code postal : _____ Ville : _____

Téléphone :..... Portable : .....
Adresse mail : .....

N° Sécurité Sociale : ..... Date de naissance : ...../...../.....

Situation de famille :

☐ Célibataire ☐ Marié(e) ☐ Veuf(ve) ☐ Séparé(e)
☐Divorcé(e) ☐ Pacsé(e) ☐ Concubin(e)

RMMF

Personnes à charges

Nom Prénom	Date de naissance	Lien de parenté	Vivant au foyer (oui – non)

Motif de la demande

J'atteste sur l'honneur que tous ces renseignements sont certifiés sincères et véritables.

Dans le cas où la commission accepte mon dossier, la somme demandée me sera remise par virement.

Fait à,_____ (ville de la demande) Le _____/_____/_____

Signature du demandeur

RMMF

FICHE NAVETTE A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR D'ETABLISSEMENT OU LE RRH

DEMANDE DE FONDS SOCIAL DEDIE

Etablissement :.....

Nom : ..... Prénom :.....

Fonction : .....

Nature du contrat :

☐ C.D.D. Fin du contrat, le.....

☐ C.D.I.

Autres renseignements pouvant nous aider à étudier cette demande :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Tous ces renseignements sont communiqués à titre confidentiel ;

Date, le .....

Le Responsable des Ressources Humaines : **ou** Le Directeur :
Nom ..... Nom .....
Signature Signature

Avis du Président de la Commission
☐. FAVORABLE
☐. DEFAVORABLE

RMMF