

# HAUT DEGRÉ DE SOLIDARITÉ – FORMULAIRE D'ELIGIBILITE

## AIDE AUX AIDANTS FAMILIAUX

Montant de l'aide apprécié en commission, dans la limite des plafonds conventionnels et des ressources disponibles dans le fonds HDS

### Bénéficiaires

- Salariés et leurs ayants droit couverts par le régime conventionnel frais de santé de la convention collective nationale.
- Anciens salariés ayant cotisé au HDS dans l'entreprise qui les employait avant la rupture de leur contrat de travail en cas de :
  - Portabilité des droits dans les conditions définies à l'article L911-8 du Code de la sécurité sociale ;
  - Maintien de la complémentaire santé selon les dispositions prévues à l'article 4 de la loi du 31 décembre 1989 (loi Evin).

### Dispositif :

Aide individuelle pour les salariés aidants familiaux.

Liste des prestations pouvant faire l'objet d'un remboursement :

**Garde d'enfant / Aide-ménagère / Garde des ascendants / Garde malade / Organisation de soins à domicile**

### Le demandeur :

Titre :  Mr  Mme

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .../.../..... Numéro de Sécurité sociale : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Numéro de téléphone : ..... Email : .....

Situation :  Actif  Ancien salarié en portabilité  Retraité « loi Evin »

Raison sociale de l'entreprise : .....

N°SIRET de l'entreprise : .....

### Identification de la personne aidée :

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .../.../..... Numéro de Sécurité sociale : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Lien de parenté avec le demandeur : .....

### Conditions d'éligibilité :

L'entreprise dont dépend le bénéficiaire (employeur ou dernier employeur) doit être à jour du paiement de ses cotisations auprès d'Inizys mutuelle.

