

HAUT DEGRÉ DE SOLIDARITÉ – FORMULAIRE D'ELIGIBILITE

AIDE FINANCIERE EN LIEN AVEC UN RESTE A CHARGE SANTE

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).

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 :

Ressources de votre foyer :

SALAIRES ET ASSIMILES	MONTANT MENSUEL PERCU
Salaires	
Allocations de chômage ou de préretraite	
Indemnités journalières de la Sécurité sociale	
RETRAITES	MONTANT MENSUEL PERCU
Retraite de base	
Retraite complémentaire	
PRESTATIONS SOCIALES	MONTANT MENSUEL PERCU
Allocations familiales	
Allocation logement (AL – APL)	
RSA	
AAH – AEEH – PCH	
Autres prestations	
AUTRES RESSOURCES	DETAILLEZ CI-DESSOUS
Pension d'invalidité	
Rente accident du travail	
Revenus fonciers	
Revenus mobiliers	
Autres (précisez) :	

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.

Justificatifs à fournir :

- Bordereaux de remboursements de la Sécurité sociale et de la mutuelle.
- Justificatifs des dépenses engagées précisant la nature de la dépense, la date et le lieu de la prestation et le montant payé.
- Une attestation sur l'honneur de non-remboursement des frais par ailleurs.
- D'autres justificatifs seront susceptibles de vous être demandés à l'étude de votre dossier.

Les justificatifs des dépenses engagées doivent être transmis dans un délai maximum de 1 an après la date de réalisation de la prestation, laquelle ne pourrait-être antérieure à la date d'affiliation du bénéficiaire.

Motif de votre demande :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

J'atteste sur l'honneur que les renseignements contenus sur ce formulaire sont exacts et ne pas disposer d'autres ressources financières me permettant de faire face à mes difficultés.

Date :

Signature :

**Le dépôt d'un formulaire ne vaut pas acceptation immédiate de la demande d'aide au titre du dispositif.
En cas de refus, vous recevrez un courrier ou un mail vous notifiant de la décision.**

**Si votre demande d'aide contient des données de santé, vous devez nous l'adresser sous pli confidentiel à l'adresse suivante :
Inizys mutuelle – Haut degré de solidarité – 68 Quai de l'Odet – CS 71033 – 29196 QUIMPER
Pour toute information, vous pouvez nous contacter par mail à l'adresse solidarite@inizys-mutuelle.fr**