



DEMANDE D'AIDE FACE À DES DIFFICULTÉS FINANCIÈRES PASSAGÈRES

Vous allez déposer une demande d'intervention sociale qui sera présentée auprès de la commission sociale du régime référencé Prévoyance HCR, sous réserve que vos difficultés financières soient en lien direct avec une situation exceptionnelle ou totalement imprévisible provoquée par un des événements suivant :

- ☐ Un arrêt maladie ☐ Une invalidité ☐ Un décès

Nous vous invitons à nous retourner l'ensemble des documents sollicités ainsi que ce formulaire dûment complété et signé.
Toute demande donnera lieu à une réponse écrite.

CONDITIONS À REMPLIR

Être salarié HCR à la date de la demande et cotiser au régime référencé Prévoyance HCR dans le cadre du contrat de Prévoyance obligatoire souscrit par votre employeur auprès de Malakoff Humanis Prévoyance ou de KLESIA Prévoyance.

Avoir un an d'ancienneté minimum (6 mois sur les 18 derniers mois pour les saisonniers).

Effectuer une demande au sujet de difficultés financières en lien direct avec l'un des cas évoqués dans la partie précédente.

DEMANDEUR

Nom : Prénoms :
Nom de jeune fille : Date de naissance :
Adresse : Ville :
Code postal : Téléphone domicile : Téléphone portable :
Courriel :
N° de Sécurité Sociale : Emploi exercé :
Date d'entrée dans l'entreprise : N° SIRET
Êtes-vous en situation de handicap : OUI NON
Êtes-vous adhérent à une complémentaire santé individuelle ? OUI NON Si oui, précisez laquelle
Nom de l'entreprise adhérente au régime référencé Prévoyance HCR :
Adresse :
Code postal : Ville :
SITUATION FAMILIALE (cochez la case correspondante et précisez la date) :
Célibataire Divorcé(e) Marié(e) PACS Séparé(e) Veuf(ve) Vie maritale Précisez la date :

CONJOINT - CONCUBIN OU PACS

Nom : Prénoms :
Nom de jeune fille : Date de naissance :
Adresse : Ville :
Code postal : Date de décès (le cas échéant) :
N° de Sécurité Sociale :
Nom de l'entreprise adhérente au régime référencé Prévoyance HCR :
N° SIRET
Adresse :
Code postal : Ville :

ENFANTS À CHARGE

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

LES CHARGES DE VOTRE FOYER

NATURE DES CHARGES	MONTANT MENSUEL
Loyer et charges locatives avant déduction des allocations au logement	
Charges de copropriété	
Frais d'hébergement en maison de retraite	
Frais de maintien à domicile (aide à domicile, aide ménagère, téléassistance ...)	
Taxe d'habitation (y compris redevance audiovisuelle)	
Taxe foncière	
Impôt sur le revenu	
Assurances (habitation, automobile ...)	
Électricité - Gaz - Chauffage	
Téléphone	
Eau	
Frais de scolarité	
Pensions alimentaires	
Cotisations Mutuelle ou Prévoyance (précisez le nom et l'adresse de l'organisme) :	
Autres (précisez)	

Avez-vous des charges liées à une résidence secondaire ? OUI NON

DÉTAILS DES CRÉDITS (IMMOBILIER, CONSOMMATION ...)

ORGANISME	MOTIF	MONTANT PRÊT	DATE DE DÉBUT	DATE DE FIN	MENSUALITÉ

Commission de surendettement saisie ? OUI NON Date

Plan conventionnel en cours ? OUI NON

AIDES EXCEPTIONNELLES SOLLICITÉES (AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS)

ORGANISME	EN COURS	REFUSÉES	SI ACCORDÉE : DATE	SI ACCORDÉE : MOTIF DE L'ACCORD	SI ACCORDÉE : MONTANT ACCORDÉ
Centre communal d'Action sociale ou Mairie					
Conseil Général					
Sécurité sociale					
Institution de retraite complémentaire (précisez) :					
Mutuelle ou prévoyance					
Comité d'entreprise					
Autres organismes (précisez) :					

SALAIRES, RETRAITES ET AUTRES RESSOURCES DE VOTRE FOYER

INDIQUER LES MONTANTS MENSUELS PERÇUS (EN €)

SALAIRES ET ASSIMILÉS	DEMANDEUR	CONJOINT	AUTRE PERSONNE VIVANT AU DOMICILE
Salaires			
Allocations de chômage ou de préretraite			
Indemnités journalières de la Sécurité sociale			
Indemnités journalières complémentaires			

RETRAITES DE BASE	RETRAITE DIRECTE OU RETRAITE DE RÉVERSION	DEMANDEUR	CONJOINT	AUTRE PERSONNE VIVANT AU DOMICILE
Régime général CNAV, CARSAT, CRAM, CRAV				
Mutualité sociale agricole (non salarié)				
Mutualité sociale agricole (salarié agricole)				
Autres régimes (commerçant, artisan, profession libérale, EDF, SNCF, fonctionnaires ...)				

RETRAITES COMPLÉMENTAIRES AGIRC, ARRCO, AUTRES... PRÉCISEZ LE NOM	RETRAITE DIRECTE OU RETRAITE DE RÉVERSION	DEMANDEUR	CONJOINT	AUTRE PERSONNE VIVANT AU DOMICILE

PRÉSTATIONS SOCIALES	DEMANDEUR	CONJOINT	AUTRE PERSONNE VIVANT AU DOMICILE
Allocations familiales			
Allocation logement (AL - APL)			
RSA			
AAH - AEEH - PCH			
ACTP - APA			
Autres prestations (AGED - PAJE - API ...)			

AUTRES RESSOURCES	DEMANDEUR	CONJOINT	AUTRE PERSONNE VIVANT AU DOMICILE
Pension d'invalidité de Sécurité sociale			
Pension d'invalidité complémentaire			
Rente accident du travail			
Revenus fonciers			
Revenus mobiliers			
Pensions alimentaires			
Autres (précisez) _____			

MOTIF DE VOTRE DEMANDE

Événement à l'origine de votre difficulté : Arrêt maladie Invalidité Décès

Êtes vous accompagné par un travailleur social ? OUI NON

Précisez ses coordonnées : NOM

Service : Téléphone :

DOCUMENTS À FOURNIR

Formulaire rempli, daté, signé et les motifs et circonstances de votre demande renseignés.
Attestation employeur indiquant la durée mensuelle travaillée ou le forfait jour et si le salarié est en CDI/CDD.
Les 3 derniers bulletins de salaire des personnes vivant au foyer.
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 (Carte Nationale d'Identité, titre de séjour, passeport) en vigueur de l'ensemble des membres du foyer.
Relevé bancaire des trois derniers mois de l'ensemble des membres du foyer.
Justificatifs des ressources et des charges de l'ensemble des membres du foyer.
Dernier avis d'imposition de l'ensemble des membres du foyer dans son intégralité.
Toutes pièces justifiant votre demande.

DOCUMENTS À FOURNIR SELON LA SITUATION

Si vous êtes célibataire, votre pièce d'identité ou votre titre de séjour en cours de validité.
Si un membre de votre foyer est en situation de handicap, merci de fournir le document de reconnaissance du handicap.
Si vous avez perçu des aides ou des prestations exceptionnelles au cours de l'année écoulée, les justificatifs de ces aides.
Pour les bénéficiaire de la portabilité des garanties prévoyance HCR :

- Certificat de travail précisant la date à laquelle a eu lieu la rupture du contrat
- Attestation France Travail

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

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

Par courrier :

**KLESIA - ACTION SOCIALE HCR
I-13, rue Denise Buisson - 93554 MONTREUIL CEDEX.
Merci de ne pas agraffer vos justificatifs.**

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 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.