CCN DE L'HABITAT ET DU LOGEMENT ACCOMPAGNÉS – FONDS DE SOLIDARITE PREVOYANCE 2026

FORMULAIRE DE DEMANDE D'AIDE
AIDE AUX AIDANTS

Face aux aléas de la vie et parce que vous vous occupez d'un proche au quotidien vous avez aussi besoin d'être soutenu ! C'est pourquoi, Harmonie Mutuelle et les partenaires sociaux de votre branche professionnelle ont décidé de vous accompagner dans votre rôle d'aidant en vous faisant bénéficier **d'une aide financière allant jusqu'à 1 000 €.**

CRITÈRES D'ATTRIBUTION(*) :

1. **Être salarié affilié au régime de prévoyance de la CCN HLA ou bénéficiaire de la portabilité.**
2. **Salarié étant dans une situation d'aidance envers l'un de ses proches.**
   - Ascendants ; - Descendants ; - Conjoint ou concubin ; - Beaux parents;
   - Un collatéral jusqu'au 4ème degré (c'est-à-dire cousin, cousine germain, oncle et tante).
3. **Disposer d'un revenu fiscal de référence annuel inférieur à 25 000 € par part fiscale.** L'évaluation de la situation individuelle s'appuie sur les ressources fiscales du foyer définies par le Revenu Fiscal de Référence figurant sur les avis d'imposition de toutes les personnes composant le foyer divisé par le nombre de parts fiscales du foyer. La détermination du nombre de parts fiscales se fera selon la réglementation fiscale en vigueur au moment de la demande.
4. **Avoir des frais en lien avec la situation d'aidance, si un congé d'aidance n'est pas pris.**

INFORMATIONS SUR LE SALARIÉ TITULAIRE DU CONTRAT :

Nom de l'entreprise :..... Date de naissance : |__.__.__.__.__|

N° Siret : |__.__.__| |__.__.__| |__.__.__|__.__.__.__.__|

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....Code postal : ..... Ville : .....

Téléphone fixe : |__.__| |__.__| |__.__| |__.__| |__.__| Téléphone Portable : |__.__| |__.__| |__.__| |__.__| |__.__|

Adresse E-mail : .....

Situation Familiale : ☐ Célibataire ☐ Marié(e) ☐ Vie maritale ☐ Pacs ☐ Séparé(e) ☐ Divorcé(e) ☐ Veuf(ve)

Personne aidée :

Date de naissance	Lien de parenté	Numéro de Sécurité sociale
|__.__|__.__|__.__.__.__|		|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| |__|__|

☐ J'autorise Harmonie Mutuelle à collecter et à traiter mes données de santé uniquement aux fins de gestion de ma demande d'intervention du fonds de solidarité prévoyance de la branche professionnelle de la CCN HLA.

Les données collectées sont uniquement destinées à un usage interne par Harmonie Mutuelle – Service d'action sociale, pour le suivi de votre demande, et seront conservées uniquement pendant le déroulement de votre suivi et effacées 2 ans après la fin de la prise en charge. Conformément à la règlementation, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement ou de portabilité de vos données personnelles. Vous disposez en outre d'un droit à la limitation des traitements, d'un droit au retrait du consentement, du droit de ne pas faire l'objet d'une décision automatisée et d'un droit d'opposition dans les limites des intérêts légitimes de la Mutuelle. Ces droits peuvent être exercés auprès du Responsable Protection des Données par mail à l'adresse dpo@harmonie-mutuelle.fr

☐ Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur le présent questionnaire et m'engage à fournir les justificatifs demandés ainsi que tout autre justificatif nécessaire au traitement de ma demande.

Fait à ..... Le : |_|_| |_|_| |_|_|

Signature :

Afin de vous verser cette aide, merci de nous renvoyer le formulaire complété accompagné des justificatifs suivants :

1. Document d'état civil justifiant le lien de parenté (Acte de naissance intégral, livret de famille...)
2. Copie complète du dernier avis d'imposition du foyer, pour les couples non mariés ou pacsés, nous fournir les deux avis d'imposition (pas d'avis de situation déclarative et pas de déclaration automatique de revenu).
3. Dernier bulletin de salaire de l'assuré ou attestation de France travail de l'assuré.
4. Justificatif d'une situation d'aidance : - Congés de présence parentale et/ou - Congés du proche aidant et/ou - Congé de solidarité familiale ou hospitalisation de plus de 48h d'un proche et le certificat médical du médecin traitant de la personne aidée attestant de la nécessité du soutien, accompagné d'une attestation sur l'honneur de l'aidant.
5. Document justifiant le lien avec la personne aidée: acte de naissance, livret de famille, convention de pacs (ou facture au deux noms en cas d'union libre)
6. Votre Relevé d'Identité Bancaire
7. Justificatifs des frais en lien avec la situation d'aidance si aucun congé n'est pris.

Aide non renouvelable pour la même personne aidée.

* Les conditions d'attribution sont revues tous les ans par le Comité Paritaire de Surveillance prévoyance de la branche et susceptibles d'évoluer chaque année.

Par mail :
solutionsociales@harmonie-mutuelle.fr

Par courrier :
Harmonie mutuelle
– Action sociale Branches et Grands Comptes
- Cap 55 - 41 rue Fabienne Landy 37700 St Pierre des Corps

Les demandes sont traitées par ordre d'arrivée dans la limite du fonds de solidarité disponible en 2026.
La demande est à transmettre avant le 31/12/2026 afin de permettre le traitement de l'aide au titre de 2026.

Harmonie mutuelle
GROUPE VYV
AVANÇONS collectif