

FORMULAIRE DE DEMANDE D'AIDE AIDE SOUTIEN HANDICAP

Face aux aléas de la vie, nous avons à cœur de vous soutenir face à la survenue d'un handicap ou d'une perte d'autonomie. C'est pourquoi, Harmonie Mutuelle et les partenaires sociaux de votre branche professionnelle ont décidé de vous accompagner en vous faisant bénéficier **d'une aide financière forfaitaire de 1 000 €**. Cette aide peut être renouvelable chaque année.

CRITÈRES D'ATTRIBUTION(*) :

1. **Être salarié affilié au régime de prévoyance de la CCN HLA ou bénéficiaire de la portabilité.**
2. **Être dans l'un des 3 cas suivants au moment de la demande et à compter de 01/01/2025 :**
 - Avoir un taux d'incapacité > ou = à 50%,
 - Être détenteur de la Carte Mobilité Inclusion : carte priorité (< à 80 %),
 - Être détenteur de la Carte Mobilité Inclusion : invalidité (> à 80 %).
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.

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)

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 réglementation, 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. Copie de votre pièce d'identité.
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 ou attestation France Travail de l'assuré
4. La notification de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) ou La copie de la carte mobilité inclusion (CMI)
5. Votre Relevé d'Identité Bancaire

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.

* 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