



CE FORMULAIRE PERMET DE SOLLICITER :

AIDE AUX PARENTS ISOLÉS AIDE À LA GARDE D'ENFANTS DE MOINS DE 11 ANS

Nous vous invitons à nous retourner l'ensemble des documents sollicités ainsi que ce formulaire dûment complété et signé. Les aides sont facultatives, ponctuelles et étudiées au cas par cas. Un seul exemplaire de ce formulaire rempli et signé est suffisant pour solliciter les 2 aides.

AIDE AUX PARENTS ISOLÉS

- Aide forfaitaire annuelle destinée aux parents isolés de 1 000 € pour le premier enfant et de 300 € par enfant supplémentaire avec un plafond de 1 900 €. Le montant de l'aide est doublé si l'enfant est en situation de handicap (**et le plafond de 1 900 € ne s'applique pas**).
- Aide versée jusqu'au(x) 16^e(s) anniversaire(s) du ou des enfants, ou du/des 26^e(s) s'il(s) poursui(ven)t des études.

AIDE AUX FRAIS DE GARDE D'ENFANTS DE MOINS DE 11 ANS

- Aide annuelle de 500 € par enfant accueilli en mode de garde collectif ou individuel n'ayant pas atteint son 4^e anniversaire ou de 200 € pour les enfants plus âgés n'ayant pas atteint leur 11^e anniversaire.
- Le montant de l'aide est doublé si le couple cotise tous les 2 au HCR, si le demandeur est parent isolé, si l'enfant est en situation de handicap ou s'il s'agit de jumeaux.
- La demande doit être reçue au plus tard la veille des 4 ou 11 ans de l'enfant.

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 6 mois d'ancienneté minimum (sur les 18 derniers mois pour les saisonniers).
- Ne pas dépasser un quotient familial mensuel de 1700 € (revenu brut global de l'avis d'imposition de l'ensemble des membres du foyer divisé par 12 puis par le nombre de parts fiscales).
- Formuler une seule demande par année civile et respecter un délai de six mois minimum entre deux demandes identiques déposées auprès de l'action sociale du régime référencé Prévoyance HCR.

DEMANDEUR

Nom : _____ Prénoms : _____
Nom d'usage : _____ Date de naissance : _____
Adresse : _____
Code postal : _____ Ville : _____
Téléphone domicile : _____ Téléphone portable : _____
Courriel : _____
N° de Sécurité sociale : _____
Emploi exercé : _____
Nom de l'entreprise adhérente au régime référencé Prévoyance HCR : _____
Adresse : _____
Code postal : _____ Ville : _____
Date d'entrée dans l'entreprise : _____ N° SIRET : _____
Êtes-vous un ancien salarié en portabilité de droits ? : OUI NON Si oui, précisez depuis quand : _____
Êtes-vous en situation de handicap : OUI NON
Possédez-vous une résidence secondaire ? : OUI NON
Situation familiale (cochez la case correspondante et précisez depuis quand) :
Célibataire Divorcé(e) Marié(e) PACS Séparé(e) Veuf(ve) Vie maritale

CONJOINT - CONCUBIN OU PACS

Nom : _____ Prénoms : _____
Nom d'usage : _____ Date de naissance : _____
Adresse : _____
Code postal : _____ Ville : _____
N° de Sécurité sociale : _____ Date de décès (le cas échéant) : _____
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

MOTIFS ET CIRCONSTANCES DE VOTRE DEMANDE À REMPLIR OBLIGATOIREMENT

DOCUMENTS À FOURNIR SYSTÉMATIQUEMENT POUR TOUTE DEMANDE D'AIDE

- Formulaire rempli, daté, signé et les motifs et circonstances de votre demande renseignés.
- Dernier bulletin de paie du demandeur.
- Livret(s) de famille avec mention des parents et de tous les enfants ou actes de naissance avec filiation de tous les enfants et ou à défaut les pièces d'identité (carte nationale d'identité, titre de séjour, passeport) en vigueur de l'ensemble des membres du foyer.
- Dernier avis d'imposition de l'ensemble des membres du foyer dans son intégralité.
- Attestation de paiement CAF indiquant la composition familiale.
- Relevé d'identité bancaire au nom du salarié.
- Pour les saisonniers, contrats de travail et bulletins de salaire attestant de 6 mois de saison au cours des 18 mois qui précèdent la demande.
- Si un membre de votre foyer est en situation de handicap, le document de reconnaissance du handicap.

DOCUMENTS À FOURNIR EN COMPLÉMENT SELON L'AIDE DEMANDÉE

DEMANDE D'AIDE AUX PARENT ISOLÉS

- À partir du/des 16^e(s) anniversaire(s) de votre ou vos enfant(s), merci de fournir un/des certificat(s) de scolarité.
- En cas de veuvage, un justificatif de décès du père ou de la mère des enfants.
- Si un jugement vous a octroyé l'exercice de l'autorité parentale (la garde) sur le ou les enfants et a fixé son ou leur lieu de résidence, le fournir.
- En l'absence de jugement et en cas d'accord amiable entre les parents, fournir impérativement les documents suivants :
 - une attestation sur l'honneur datée et signée par les deux parents précisant les modalités de la garde et du lieu de résidence du ou des enfant(s) ;
 - une copie des pièces d'identité des deux parents du ou des enfant(s) ;
 - si vous possédez une résidence secondaire : une copie intégrale de votre dernière taxe d'habitation.
- En l'absence de contact avec l'autre parent, fournir impérativement les documents suivants :
 - une attestation sur l'honneur datée et signée expliquant l'absence totale de contact avec l'autre parent de votre ou vos enfant(s) ;
 - une copie de votre pièce d'identité ;
 - si vous possédez une résidence secondaire : une copie intégrale de votre dernière taxe d'habitation.

DEMANDE D'AIDE AUX FRAIS DE GARDE D'ENFANTS DE MOINS DE 11 ANS

- Justificatifs des frais de garde, merci de fournir l'un des documents suivants selon le mode de garde utilisé :
 - Mode de garde collectif : factures des trois derniers mois (crèche, garderie scolaire) ;
 - Mode de garde individuel : bulletins de paie PAJEMPLOI des trois derniers mois.
- Si l'autre parent de l'enfant concerné par la demande d'aide cotise au régime référencé Prévoyance HCR, merci de joindre une copie de son dernier bulletin de paie.

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

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.

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 de votre prénom suivi de / FU (exemple : DURAND Martin / FU)

Par courrier : KLESIA - ACTION SOCIALE HCR - 1-13, rue Denise Buisson - 93554 MONTREUIL CEDEX

MERCI DE NE PAS AGRAFER VOS JUSTIFICATIFS