



HAUT DEGRÉ DE SOLIDARITÉ – FORMULAIRE D'ELIGIBILITE

AIDE AUX AIDANTS FAMILIAUX

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).

Dispositif :

Aide individuelle pour les salariés aidants familiaux.

Liste des prestations pouvant faire l'objet d'un remboursement :

Garde d'enfant / Aide-ménagère / Garde des ascendants / Garde malade / Organisation de soins à domicile

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 :

Identification de la personne aidée :

Nom :

Prénom :

Date de naissance : .../.../..... Numéro de Sécurité sociale :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Lien de parenté avec le demandeur :

Conditions d'éligibilité :

L'entreprise dont dépend le bénéficiaire (employeur ou dernier employeur) doit être à jour du paiement de ses cotisations auprès de la SAMBO.

