

Aide forfaitaire pour les salariés en situation de handicap ou perte d'autonomie

Vous êtes en situation de handicap ou en perte d'autonomie ? Nous sommes là pour vous soutenir. Le fonds social prévoyance de votre branche peut vous attribuer **une aide forfaitaire de 1 000 €**.



Conditions d'attribution

- L'assuré(e) doit :
 - Être salarié(e) et adhérent(e) à la prévoyance du régime mutualisé de la CCN Métallurgie.
 - Être dans l'un des 3 cas suivants après le 1^{er} janvier 2023 :
 - avoir un taux d'incapacité $\geq$ à 50%,
 - être détenteur de la Carte Mobilité Inclusion : carte priorité $<$ à 80 %,
 - être détenteur de la Carte Mobilité Inclusion : invalidité $>$ à 80 %.
- Le revenu fiscal de référence sur l'avis d'imposition doit être $\leq$ 25 500 € par part fiscale.

Exemple : **1 mère seule avec 1 enfant soit 2 parts fiscales.**

Le revenu fiscal de référence sur l'avis d'imposition est de 50 000 €. Le revenu fiscal par part fiscale est donc de 25 000 €.



Comment en bénéficier ?

1. Remplissez la demande d'intervention sociale (DIS) ci-après
2. Joignez les pièces justificatives demandées dans la DIS
3. Renvoyer l'ensemble de votre dossier à :

**Malakoff Humanis**

Accompagnement social assurance
Pôle individuel
62006 Arras cedex



actionsociale.assurance@malakoffhumanis.com



Besoin d'aide ?

Nos équipes Accompagnement social vous répondent au :



39 96 (service gratuit + prix d'un appel local)

Aide forfaitaire pour les salariés en inaptitude non professionnelle

Vous êtes salarié en inaptitude non professionnelle dans l'attente d'un reclassement ? Nous sommes là pour vous soutenir. Le fonds social prévoyance de votre branche peut vous attribuer **une aide forfaitaire de 1 000 €**.



Conditions d'attribution

- L'assuré(e) doit :
 - Être salarié(e) et adhérent(e) à la prévoyance du régime mutualisé de la CCN Métallurgie.
 - Avoir subi une perte de salaire lors de la période de 30 jours d'attente de reclassement par votre employeur qui suit la reconnaissance d'inaptitude temporaire non professionnelle être à compter du 1^{er} janvier 2023.
- Le revenu fiscal de référence sur l'avis d'imposition doit être ≤ 25 500 € par part fiscale.
- Pour la situation d'un célibataire (non pacsé, non séparé, non concubin, sans enfant) sera retenue 1,5 part fiscale.

Exemple : **1 mère seule avec 1 enfant soit 2 parts fiscales.**
Le revenu fiscal de référence sur l'avis d'imposition est de 50 000 €. Le revenu fiscal par part fiscale est donc de 25 000 €.



Comment en bénéficier ?

1. Remplissez la demande d'intervention sociale (DIS) ci-après
2. Joignez les pièces justificatives demandées dans la DIS
3. Renvoyer l'ensemble de votre dossier à :

✉ **Malakoff Humanis**
Accompagnement social assurance
Pôle individuel
62006 Arras cedex

@ actionsociale.assurance@malakoffhumanis.com



Besoin d'aide ?

Nos équipes Accompagnement social vous répondent au :



39 96 (service gratuit + prix d'un appel local)

Attestation sur l'honneur liée à l'incapacité non professionnelle (à joindre à la demande)

Je soussigné(e) M./Mme Nom : Prénom :

Déclare sur l'honneur :

- Ne pas avoir fait de demande d'Indemnité temporaire d'incapacité (ITI) auprès de la Sécurité sociale.
- Que l'origine de l'incapacité n'est pas susceptible d'être en lien avec un accident du travail ou une maladie professionnelle.
- N'avoir perçu aucune rémunération entre la date de l'avis d'incapacité prononcé par le médecin du travail et la décision de reclassement ou de licenciement prise par l'employeur.
- Qu'en cas d'arrêt de travail précédent la décision d'incapacité, vous n'avez pas été indemnisé au titre des Accidents du Travail ou de Maladie Professionnelle par la Sécurité sociale.

Fait à le

Signature

Demande d'intervention sociale

INDIVIDUELLE SIMPLIFIÉE – CONFIDENTIEL

Identité de la personne affiliée

Nom*

Prénom*

N° de Sécurité sociale*

Nom de jeune fille*

Date de naissance*

Adresse*

.....

Code postal*

Ville*

Téléphone fixe

Téléphone portable

(remplir au moins un numéro de téléphone)

Email* @.....

☐ Célibataire

☐ Marié(e) ☐ Vie maritale ou lié par un PACS

☐ Séparé(e) ☐ Divorcé(e) ☐ Veuf(ve)

depuis le

CCN Métallurgie – PREVOYANCE

☐ en activité depuis le

Entreprise

.....

Adresse

.....

☐ en maladie ☐ au chômage

☐ en invalidité ☐ en préretraite

depuis le

☐ en retraite depuis le

☐ autre situation (préciser)

.....

☐ reconnu par la CDAPH ☐ taux

Institution de prévoyance

.....

Institution de retraite complémentaire

.....

Identité du conjoint ou du compagnon (à compléter)

Nom

Prénom

N° de Sécurité sociale

Nom de jeune fille

Date de naissance

☐ en activité depuis le

Entreprise

.....

Adresse

.....

Téléphone

☐ en maladie ☐ au chômage

☐ en invalidité ☐ en préretraite ou à la retraite

depuis le

☐ reconnu par la CDAPH ☐ taux

Institution de prévoyance

.....

Institution de retraite complémentaire

.....

RÉSERVÉ À L'INSTITUTION

Motif de l'aide : Aides en cas d'incapacité et handicap ou perte d'autonomie

* Informations obligatoires

Enfant(s) et autre(s) personne(s)

Nom et Prénom	Date de naissance	À charge	Profession ou situation
.....		☐ OUI ☐ NON	
.....		☐ OUI ☐ NON	
.....		☐ OUI ☐ NON	

Pièces justificatives à fournir

Cochez l'aide que vous souhaitez demander et retournez-nous ce document dûment complété et accompagné d'une photocopie des pièces justificatives cochées ci-dessous :

☐ **Je demande l'aide en cas d'incapacité non professionnelle**
Documents à fournir :
☐ Le dernier avis d'imposition
☐ Le dernier bulletin de salaire
☐ Un relevé d'identité bancaire
☐ L'avis du médecin du travail actant l'incapacité
☐ Le courrier du service RH actant la date de votre reclassement ou licenciement pour incapacité
☐ Attestation sur l'honneur fournie par l'organisme assureur

☐ **Je demande l'aide forfaitaire handicap ou perte d'autonomie**
Documents à fournir :
☐ Le dernier avis d'imposition
☐ Le dernier bulletin de salaire
☐ Un relevé d'identité bancaire
En fonction de votre situation au 1^{er} janvier 2023 :
☐ Copie de la Carte Mobilité Inclusion, invalidité > 80%
☐ Copie de la Carte Mobilité Inclusion, carte priorité > 80%
☐ Justificatif d'un taux d'incapacité ≥ 50%

Les informations demandées dans le présent formulaire sont indispensables à l'étude du dossier. Il est rappelé que les aides sont facultatives, ponctuelles et étudiées au cas par cas. Toute demande donnera lieu à une réponse écrite.
Une seule demande sera recevable par foyer auprès de notre organisme de prévoyance.

Le demandeur certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements donnés qui serviront de base à l'attribution d'une aide financière éventuelle.
Fait à le Signature obligatoire

Le formulaire complété et les justificatifs demandés sont à envoyer à :



Malakoff Humanis
Accompagnement social assurance
Pôle individuel - 62006 Arras cedex

Les informations sont toutes nécessaires pour votre organisme d'assurance membre du groupe Malakoff Humanis, responsable du traitement fondé sur son intérêt légitime aux fins de l'étude de votre demande d'intervention sociale. En cas de décision de refus, vos données sont conservées pendant 2 ans à compter du dernier contact émanant de votre part. En cas de décision favorable, vos données sont conservées pendant 5 ans à compter de la date du dernier paiement. En application de la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit de demander l'accès, la rectification ou l'effacement de vos données, et de décider du sort de celles-ci, post-mortem. Vous disposez également d'un droit de vous opposer au traitement pour des raisons tenant à votre situation particulière, de limiter le traitement dont vous faites l'objet et d'un droit à la portabilité des données personnelles dans les limites fixées par la loi. Ces droits peuvent être exercés directement sur notre site via nos formulaires, par email à dpo@malakoffhumanis.com ou par courrier à Malakoff Humanis, Pôle Informatique et Libertés, 21 rue Laffitte 75317 Paris Cedex 9. Pour plus d'informations, consultez notre politique de protection des données à caractère personnel accessible sur notre site internet.

