

Fonds de solidarité Prévoyance - CCN Métallurgie

DEMANDE D'INTERVENTION SOCIALE

INAPTITUDE TEMPORAIRE NON PROFESSIONNELLE

CONFIDENTIEL

IDENTITE DES PERSONNES DU FOYER

SALARIE DEMANDEUR

Nom de naissance :

Nom marital/d'usage :

Prénom :

Date de naissance :/...../.....

N° Sécurité Sociale : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

N° client APICIL :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone Domicile :/...../...../...../..... Portable :/...../...../...../.....

E-mail :

Nom employeur :

Vous êtes : ☐ célibataire ☐ marié(e) ☐ divorcé(e) ☐ séparé(e) ☐ PACS ☐ Vie maritale ☐ veuf(ve)

Depuis quelle date? :/...../.....

CONJOINT

☐ Actif(ve) ☐ Etudiant(e) ☐ Chômeur(se) ☐ Retraité(e) ☐ Autre :

Nom, prénom :

Date de naissance :/...../.....

N° Sécurité Sociale : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

AUTRE(S) PERSONNE(S) VIVANT AU DOMICILE

NOM ET PRENOM	DATE DE NAISSANCE	LIEN DE PARENTE	ETUDES SUIVIES OU PROFESSION

--	--	--	--

CRITERES D'ATTRIBUTION

Cette aide est destinée à vous soutenir **en cas d'inaptitude temporaire non professionnelle**.

Grâce aux soutiens d'Apicil Prévoyance et des partenaires sociaux de votre branche professionnelle, vous pouvez bénéficier d'**une aide financière forfaitaire de 2 000 €, si vous avez subi une perte de salaire lors de la période de 30 jours qui suit la reconnaissance d'inaptitude temporaire non professionnelle par votre médecin du travail**.

Cette aide sociale s'adresse à tous les salariés adhérents du régime prévoyance labélisé de la CCN Métallurgie, elle est accordée sous conditions d'éligibilité et de ressources dans la mesure où :

- **Vous êtes salarié(e) et adhérent(e) au régime prévoyance labélisé de la CCN Métallurgie.**
- **Vous avez 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.**
- **Vous disposez d'un revenu fiscal de référence annuel inférieur à 25 500 € 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 l'avis d'imposition divisé par le nombre de parts fiscales du foyer.

Il est à noter que pour la situation d'un célibataire (non pacsé, non séparé, non concubin, sans enfant) il est admis qu'il sera retenu 1,5 part fiscale.

LISTE DES DOCUMENTS A FOURNIR

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

- ✧ La demande d'intervention sociale (DIS) ci-jointe dûment complétée et signée par le salarié
- ✧ Le dernier avis d'impôt sur le revenu de toutes les personnes du foyer
- ✧ Votre dernier bulletin de salaire
- ✧ Votre relevé d'identité bancaire
- ✧ L'avis du médecin du travail actant l'inaptitude
- ✧ Le courrier du service Ressources Humaines actant la date du reclassement ou le licenciement pour inaptitude.
- ✧ L'attestation sur l'honneur de non-perception de rémunération ou d'indemnité jointe à ce formulaire.

Le Salarié – reconnu inapte par le médecin du travail doit avoir subi une perte de salaire liée à l'attente de son reclassement proposé par l'employeur. Vous disposez d'un délai de 6 mois suivant la date de votre reclassement pour faire votre demande. Le 1er jour d'inaptitude correspond à la date à laquelle le médecin du travail prévient le service RH ou l'employeur. L'inaptitude devra être constatée à compter du 01/01/2023.

J'atteste sur l'honneur que les renseignements contenus dans ce dossier sont exacts.

Date :

Signature (obligatoire) :

DIS et pièces justificatives à adresser par mail à : actionsociale.ccn@apicil.com

ATTESTATION SUR L'HONNEUR EN CAS D'INAPTITUDE TEMPORAIRE NON PROFESSIONNELLE

Je soussigné(e),

Mr/Mme Nom :

Prénom :

atteste sur l'honneur :

- **Ne pas avoir fait de demande d'indemnité temporaire d'inaptitude (ITI) auprès de la sécurité sociale.**
- **Que l'origine de l'inaptitude 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'inaptitude 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'inaptitude, qu'aucune indemnisation au titre des Accidents du Travail/Maladie Professionnelle n'a été versée par la sécurité sociale.**

Fait à

Le :

Signature :

Les données personnelles collectées font l'objet d'un traitement par le Groupe APICIL aux fins de l'étude du dossier de demande d'intervention sociale. La fourniture des informations demandées est nécessaire à la prise en compte de votre demande. Ces informations ne seront transmises qu'aux services compétents du Groupe APICIL ainsi qu'aux tiers dûment habilités lorsque cette communication est strictement nécessaire pour la (ou les) finalité(s) déclarée(s). Les données personnelles collectées ne seront pas conservées au-delà de la durée nécessaire à la réalisation des finalités déclarées, à laquelle s'ajoutent les durées de prescription légales applicables. Toute personne concernée peut en demander l'accès, la rectification, l'effacement, la portabilité, demander une limitation du traitement ou s'y opposer, et définir des directives post mortem en écrivant à dpo@apicil.com ou à l'adresse suivante : Groupe APICIL - Délégué à la protection des données (DPO), Service Relation Client - 51 boulevard Marius Vivier-Merle, 69003 Lyon. Si elle estime que ses droits ne sont pas respectés, toute personne concernée peut introduire une réclamation auprès de la CNIL. Plus de détails sur www.apicil.com/protection-des-donnees-personnelles. SP23/FCR0040

APICIL Prévoyance, Institution de prévoyance régie par le titre III du livre IX du code de la sécurité sociale et enregistrée sous le n° SIREN 321 862 500, dont le siège social est situé 51 boulevard Marius Vivier-Merle, 69003 Lyon.