

Demande de participation **Allocation de vacances en maison spécialisée pour une personne handicapée**

Madame Monsieur

Nom _____ Prénom _____

Né(e) le _____ Lieu et pays de naissance _____

Situation de famille

Vous êtes Célibataire Marié(e) Concubin(e) Pacsé(e) Divorcé(e) Veuf(ve) Séparé(e) Vie maritale

Adresse _____

Code postal _____ Commune _____

Tél. _____ Portable _____

Courriel _____

Nombre d'enfants à charge fiscale _____

Situation personnelle

Vous êtes En activité Pigiste Demandeur d'emploi Incapacité de travail Préretraité(e) Retraité(e) Artiste/technicien(ne)

RESSOURCES DU FOYER

Ressources de l'année précédente ⁽¹⁾	Demandeur	Conjoint au autre(s) personne(s) vivant au foyer
Ressources annuelles nettes (avant abattement fiscal)		
Allocations familiales (à l'exception des aides au logement)		
Pensions et rentes ⁽²⁾		
Autres revenus ⁽³⁾		
TOTAL		

(1) En cas de diminution de vos ressources pendant l'année en cours (chômage, invalidité, etc.), merci de joindre les justificatifs de vos revenus actuels (3 derniers avis de paiement et notification de décision). (2) Y compris rente accident de travail, invalidité, pension militaire, pension de veuve de guerre, pension alimentaire. (3) Préciser la nature des revenus (mobiliers, fonciers...) et leur montant.

Le document en annexe précise :

- les conditions nécessaires à remplir pour obtenir la prestation sollicitée,
- les pièces justificatives indispensables à l'examen de votre demande.

Je soussigné _____

(prénom, nom) certifie l'exactitude des mentions portées sur ce document.

Fait à _____ Le _____

Signature

Protection des données à caractère personnel

Les informations collectées dans le présent formulaire sont nécessaires à l'étude et à la gestion de votre dossier par les services d'action sociale d'Audiens Santé Prévoyance. Elles peuvent également être utilisées à des fins de statistiques propres à l'action sociale. Ces données ne sont conservées que pour la durée nécessaire à la gestion de votre dossier par l'action sociale puis jusqu'à expiration des délais légaux de prescription applicables. Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 et au Règlement Général sur la Protection des Données du 27 avril 2016, vous bénéficiez, sous réserve de justifier de votre identité, de droits d'accès, de rectification et d'effacement des données vous concernant, d'opposition et de limitation du traitement, ainsi que du droit à la portabilité de vos données. Ces droits peuvent être exercés : par courrier électronique à dpo@audiens.org; par courrier postal à DPO - Audiens Santé-Prévoyance, 74 rue Jean Bleuzen, 92170 Vanves.



Allocation de vacances en maison spécialisée pour une personne handicapée

Dans le cadre de vos garanties santé et/ou de prévoyance d'Audiens, vous pouvez bénéficier d'aides spécifiques au titre de l'accompagnement solidaire et social. Ces aides individuelles et personnalisées sont l'expression de la solidarité professionnelle.

NATURE DE L'INTERVENTION

Il s'agit d'une participation aux dépenses des personnes handicapées pour leurs vacances dans un centre spécialisé.

BÉNÉFICIAIRES

Tous les ressortissants couverts par un contrat Audiens Santé Prévoyance (prévoyance et/ou santé) à titre individuel ou collectif :

- Adhérents handicapés
- Enfants handicapés d'adhérents à charge fiscale sans limite d'âge
- Conjoints ou compagnons (pacsés ou non) handicapés d'adhérents

MONTANT DE L'INTERVENTION

Le montant de l'intervention est modulé en fonction des ressources du foyer et de la composition familiale entre 30 % et 75 % des frais restant à charge.

MODALITÉ D'ATTRIBUTION

Pour bénéficier de cette aide, il suffit de nous adresser en un seul envoi le formulaire de participation et de nous retourner les pièces justificatives énumérées ci-après. Après étude de votre dossier, Audiens Santé Prévoyance vous transmettra une réponse dans un délai d'un mois.

PIÈCES JUSTIFICATIVES À JOINDRE

- Photocopie des 4 pages du dernier avis d'imposition sur le revenu du foyer (en cas de vie maritale, les 2 avis d'imposition sont obligatoires).
- Photocopie du justificatif du versement des rentes ou pensions non soumises à l'imposition.
- Notification de la Caisse d'Allocations Familiales ou photocopie du relevé de compte bancaire faisant apparaître les montants perçus à l'exception de l'allocation logement, de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé, la majoration pour la vie autonome.
- Notification de décision de la Maison Départementale des Personnes Handicapées précisant le taux d'invalidité de la personne concernée.
- Photocopie de la carte d'invalidité.
- Notification de décision des autres organismes qui participent au financement des vacances de la personne
- Photocopie d'un relevé d'identité bancaire à votre nom.

Pour les changements de situation depuis la dernière déclaration fiscale concernant les situations suivantes :

- Perte d'emploi pour notre adhérent permanent ou son conjoint permanent.
- Décès, invalidité de notre adhérent ou de son conjoint.
- Adhérent ou conjoint perdant le bénéfice des annexes 8 ou 10 de Pôle emploi.
- Nouveau bénéficiaire du Revenu de Solidarité Active.

Vous devez impérativement nous joindre les justificatifs de ressources, sur les 6 derniers mois précédant votre demande, se rapportant à l'une des 4 situations précitées.

Attention : l'envoi de ce document ne constitue pas un engagement de l'Institution, les modalités d'attribution étant fixées par le Conseil d'Administration.

