



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.e\*

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

Fait à\*

Le\*

Signature\*

*Si vous possédez une photo de votre signature (format JPG ou PNG), vous pouvez l'ajouter ici.*

*Si vous possédez une signature électronique, vous pouvez l'utiliser ici.*

*Vous pouvez signer manuellement en imprimant le bulletin.*

OU

## Comment retourner ce dossier ?



+ SIMPLE & RAPIDE

Par mail à :

**accompagnementsocial@audiens.org**



ou par courrier à :

Audiens – Accompagnement solidaire et social

TSA 30409

92177 Vanves Cedex

*Pour faciliter le traitement du dossier, merci de ne pas agraffer les documents.*



### 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](mailto:dpo@audiens.org); par courrier postal à DPO - Audiens Santé-Prévoyance, 74 rue Jean Bleuzen, 92170 Vanves.

Audiens Santé Prévoyance, Institution de prévoyance autorisée sous le numéro 983 par arrêté ministériel du 15 novembre 1991, régie par le Livre IX Code de la Sécurité sociale, soumise au contrôle de l'ACPR, 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 PARIS Cedex 09. Siège social : 74 rue Jean Bleuzen • 92170 Vanves • [www.audiens.org](http://www.audiens.org)

## SOUTIEN SCOLAIRE

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

Notre soutien est réservé aux participants qui font appel à une aide scolaire à domicile par l'intermédiaire d'une association agréée pour permettre à leur enfant de poursuivre son apprentissage en cas :

- D'accident
- De maladie invalidante

La prise en charge concerne :

- Les enfants à charge fiscale du cotisant
- La scolarité du primaire au secondaire pour une durée n'excédant pas l'année scolaire en cours.

### BÉNÉFICIAIRES

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

### 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.

Notre participation est limitée à 1 500 € par enfant et par an, déductions faites d'autres éventuelles participations financières (assistance, assurance scolaire...).

### 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 de 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 des organismes participant au financement des frais de soutien scolaire.
- Certificat médical précisant la situation de santé de l'enfant, le nombre d'heures et la durée d'intervention nécessaires.
- 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**