

PHARMACIE D'OFFICINE

Formulaire d'éligibilité - Fonds Haut Degré de Solidarité (HDS) - Pack Aidant

COMMENT BENEFICIER DE REMBOURSEMENTS DANS LE CADRE DU PACK AIDANT ?

Merci de remplir le formulaire d'éligibilité (ci-après) accompagné des justificatifs demandés et de l'envoyer à l'adresse suivante :

Apgis Solidarité
12 rue Massue
94684 Vincennes cedex

Si votre demande d'aide contient des **données de santé**, vous devez adresser votre demande **sous pli confidentiel** à **Apgis Solidarité** à l'adresse suivante :

Apgis Solidarité
A l'attention du Médecin conseil
12 rue Massue
94684 Vincennes cedex

Si vous remplissez les critères d'éligibilité, vous recevrez par courrier ou par mail un **numéro de dossier** à conserver pour effectuer votre demande de remboursement.

Il conviendra de nous transmettre les justificatifs des dépenses engagées en nous indiquant le numéro de dossier communiqué. L'aidant doit transmettre **les justificatifs des dépenses engagées précisant la nature de la dépense, la date et le lieu de la prestation et le montant payé ainsi qu'une attestation sur l'honneur de non remboursement des frais par ailleurs.**

Le paiement sera effectué par **chèque** auprès de l'aidant.

En cas de refus, vous recevrez un courrier ou mail d'information vous précisant les raisons du rejet.

Pour toute information, vous pouvez nous contacter au **01.49.57.45.30** ou par mail à l'adresse suivante : **hds@apgis.com**.

Pour bénéficier d'une aide au titre du Pack aidant votre demande doit répondre aux conditions fixées par le Règlement du fonds HDS de la pharmacie d'officine dont vous reconnaissez avoir pris connaissance¹.

MERCI DE COMPLETER CE FORMULAIRE EN MAJUSCULE ET COCHER LES CASES APPROPRIÉES. TOUT FORMULAIRE PARTIELLEMENT REMPLI RETARDERA LE TRAITEMENT DE VOTRE DEMANDE D'OUVERTURE DE DROITS AU FONDS HAUT DEGRE DE SOLIDARITE.

¹ Le Règlement du fonds HDS de la pharmacie d'officine peut être consulté sur le site internet de l'Apgis ou vous être adresser sur demande.

1. INFORMATIONS RELATIVES AU SALARIE / A L'ANCIEN SALARIE DE LA PHARMACIE D'OFFICINE

Titre : Mr Mme

Nom :

Prénom :

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

Numéro de Sécurité sociale :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Numéro de téléphone :

Email :

Actif Ancien salarié

Raison sociale de la pharmacie d'officine :

Adresse :

Code Postal : Ville :

- Pour les salariés / anciens salariés non couverts par l'Aggis, merci de joindre le bulletin de paie ou l'attestation employeur ou le certificat d'affiliation au régime de santé précisant le nom de l'employeur.

2. INFORMATIONS RELATIVES A L'AIDANT

Important : l'aidant doit avoir la qualité de bénéficiaire au sens du règlement. A compléter uniquement si l'aidant est différent du salarié ou de l'ancien salarié de la pharmacie d'officine précisé en section 1.

Titre : Mr Mme

Nom :

Prénom :

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

Numéro de Sécurité sociale :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Numéro de téléphone :

Email :

Lien de parenté avec le salarié / ancien salarié : Conjoint (marié, pacsé, concubin) Enfant majeur

- Pour les salariés / anciens salariés non couverts par l'Aggis, merci de joindre la copie de la carte de tiers payant précisant les bénéficiaires du régime.

3. INFORMATIONS RELATIVES AU PROCHE AIDE

Important : le proche aidé est l'enfant en situation de handicap ou le proche en situation de perte d'autonomie.

Titre : Mr Mme

Nom :

Prénom :

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

Adresse :

Code Postal : Ville :

Numéro de téléphone :

Lien de parenté avec l'aidant :

Conjoint (marié, pacsé, concubin) Enfant majeur Autre (à préciser) :

Nom et Prénom du représentant légal (si nécessaire) :

Merci de joindre le justificatif des droits dont relève le proche :

- **Droits à Allocation d'Education pour l'Enfant Handicapé (AEEH) pour les catégories 2 à 6 ;**
- **Ou droits à la Prestation de Compensation du Handicap (PCH) ;**
- **Ou droits à l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) au titre d'un classement GIR 1 à 3 ;**
- **Ou droits à l'allocation Adulte Handicapé.**

Ces justificatifs doivent être adressés sous pli confidentiel à l'attention du Médecin conseil d'Appis Solidarité.

4. PROTECTION DES DONNEES

J'atteste sur l'honneur que cette demande d'éligibilité ne contient pas d'information fausse, trompeuse ou incomplète. Je comprends que si cette demande s'avère être en partie ou totalement frauduleuse je serai passible de poursuites.

En tant qu'aidant, je déclare avoir été informé et consentir au fait que mes données personnelles soient utilisées pour l'étude et la gestion de ma demande au titre du Pack aidant mis en place par la branche de la pharmacie d'officine au titre du Haut Degré de Solidarité (HDS).

Les données sont destinées à l'APGIS, responsable des traitements qui met en œuvre des dispositifs permettant d'en préserver la confidentialité. Vos données ne seront jamais utilisées à des fins de prospection ou d'inscription à des listes de diffusion, ni vendues à des tiers à des fins de démarchage.

En application de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. Les données recueillies seront conservées le temps nécessaire à la gestion et l'analyse de ma demande d'aide et jusqu'à ce que les délais de fourniture des justificatifs soient dépassés.

Je dispose d'un droit d'accès, d'interrogation, de rectification, d'effacement, d'opposition de limitation et de portabilité, en m'adressant à :

APGIS – Service Informatique et Libertés TSA 20303 94685 Vincennes Cedex.

Sans préjudice de tout autre recours administratif ou juridictionnel, Vous disposez par ailleurs de la possibilité d'introduire une réclamation auprès de la CNIL.

**Date et Signature de
l'aidant, précédées de la
mention « lu et approuvé » :**

En tant qu'aidé, je déclare avoir été informé et consentir au fait que mes données personnelles soient utilisées pour l'étude et la gestion de la demande de l'aidant ci-dessus désigné, au titre du Pack aidant mis en place par la branche de la pharmacie d'officine au titre du Haut Degré de Solidarité (HDS).

Les données sont destinées à l'APGIS, responsable des traitements qui met en œuvre des dispositifs permettant d'en préserver la confidentialité. Vos données ne seront jamais utilisées à des fins de prospection ou d'inscription à des listes de diffusion, ni vendues à des tiers à des fins de démarchage.

En application de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. Les données recueillies seront conservées le temps nécessaire à la gestion et l'analyse de la demande d'aide et jusqu'à ce que les délais de fourniture des justificatifs soient dépassés.

Je dispose d'un droit d'accès, d'interrogation, de rectification, d'effacement, d'opposition de limitation et de portabilité, en m'adressant à :

APGIS – Service Informatique et Libertés TSA 20303 94685 Vincennes Cedex.

Sans préjudice de tout autre recours administratif ou juridictionnel, Vous disposez par ailleurs de la possibilité d'introduire une réclamation auprès de la CNIL.

**Date et Signature de l'aidé
ou de son représentant légal
précédées de la mention « lu
et approuvé » :**

RECAPITULATIF DES PIECES A JOINDRE :

- Le bulletin de paie ou l'attestation employeur ou le certificat d'affiliation au régime de santé précisant le nom de l'employeur.
- La copie de la carte de tiers payant précisant les bénéficiaires du régime (si la demande concerne un ayant droit).
- Le justificatif des droits dont relève le proche (AEEH, PCH, APA et/ou AAH).
- Le/ les justificatifs des dépenses engagées.
- Une attestation sur l'honneur de non remboursement des frais par ailleurs.
- La présente déclaration signée et datée et précédée de la mention « lu et approuvée ».

Il est de votre responsabilité de garder tous les justificatifs originaux lorsque vous nous envoyez des copies.