

DEMANDE D'INTERVENTION SOCIALE INDIVIDUELLE

PHARMACIE D'OFFICINE

☛ Identité du salarié ou ancien salarié affilié bénéficiant des prestations du régime de base conventionnel

Raison sociale ..... N° contrat APGIS.....

Adresse (employeur)..... Code postal |___|___|___|___|___| Ville.....

Nom.....Prénom.....

N° Sécurité sociale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| |__|__| Date de naissance |__|__|__|__|__|__|__|__|

Adresse..... Code postal |__|__|__|__|__| Ville.....

☎fixe |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| ☎port. |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| ☎profes. |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

e-mail.....@.....

☐ Célibataire ☐ Marié(e) ☐ Vie maritale ou lié par un PACS
☐ Séparé(e) ☐ Divorcé(e) ☐ Veuf(ve)
} Depuis le |__|__|__|__|__|__|__|__|

☐ En activité depuis le |__|__|__|__|__|__|__|__| ☐ A temps complet
☐ A temps partiel
☐ A mi-temps thérapeutique
} Depuis le |__|__|__|__|__|__|__|__|

☐ En arrêt de travail ☐ au chômage ☐ en invalidité ☐ en préretraite ☐ en retraite depuis le |__|__|__|__|__|__|__|__|

☐ Reconnu(e) par la CDAPH. Taux d'incapacité : ..... ☐ Autres. Précisez .....

☛ Identité du conjoint, concubin ou du partenaire lié par un PACS *(A compléter même si décédé)*

Nom.....Prénom.....

N° Sécurité sociale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| |__|__| Date de naissance |__|__|__|__|__|__|__|__|

☐ En activité depuis le |__|__|__|__|__|__|__|__| Entreprise.....

☎port. |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| ☎profes. |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

☐ En activité depuis le |__|__|__|__|__|__|__|__| ☐ A temps complet
☐ A temps partiel
☐ A mi-temps thérapeuti
} Depuis le |__|__|__|__|__|__|__|__|

☐ En arrêt de travail ☐ au chômage ☐ en invalidité ☐ en préretraite ☐ en

☐ Reconnu(e) par la CDAPH. Taux d'incapacité : ..... ☐ Autres. Précisez .....

☛ Enfants et autres personnes au foyer

Nom et prénom	Date de naissance	A charge	Lien de parenté	Profession ou situation
.....	|__|__|__|__|__|__|__|__|	☐ Oui ☐ Non	.....	.....
.....	|__|__|__|__|__|__|__|__|	☐ Oui ☐ Non	.....	.....
.....	|__|__|__|__|__|__|__|__|	☐ Oui ☐ Non	.....	.....
.....	|__|__|__|__|__|__|__|__|	☐ Oui ☐ Non	.....	.....
.....	|__|__|__|__|__|__|__|__|	☐ Oui ☐ Non	.....	.....

☛ Ressources imposables et non imposables du foyer

FOURNIR TOUS LES JUSTIFICATIFS INSCRITS EN GRAS ET EN ITALIQUES

Nature des ressources	Montant (1)					
	Salarié ou ancien Salarié	Conjoint, concubin ou partenaire lié par un PACS	Autre personne vivant au foyer	M	T	A
Salaires ***Copie des 3 derniers bulletins de salaire***	.....	.....	.....	☐	☐	☐
Allocation Pôle Emploi ***Copie de la notification d'admission et du dernier avis de paiement***	.....	.....	.....	☐	☐	☐
Indemnités journalières de la Sécurité sociale ***Copie du dernier avis de paiement***	.....	.....	.....	☐	☐	☐
Prestations familiales et sociales (AF, AL, APL, RSA, Prime d'activité, AAH, AES, ACTP, AGED, PAJE, API,.....) ***Copie du dernier avis de paiement ou de la dernière notification***	....	....	....	☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐
Retraite de base ☐ **Direct** ☐ **Réversion** **Pension Sécurité sociale, MSA (régime agricole), régimes spéciaux (EDF, SNCF, fonction publique…)** **Autres (précisez le nom de l'organisme)** .... ***Copie des justificatifs des sommes versées par vos organismes de retraite pour la déclaration d'impôt***	....	....	....	☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐
Retraite complémentaire ☐ **Direct** ☐ **Réversion** **Précisez le nom des institutions** .... ***Copie des justificatifs des sommes versées par vos institutions de retraite complémentaire pour la déclaration d'impôt***	....	....	....	☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐
Pension d'invalidité Sécurité sociale ☐ **Cat.1** ☐ **Cat.2** ☐ **Cat.3** ☐ **Cat.4** ***Copie du dernier avis de paiement et copie de la notification de la Sécurité sociale de mise en invalidité***	.....	.....	.....	☐	☐	☐
Pension d'invalidité complémentaire ***Copie du dernier avis de paiement***	.....	.....	.....	☐	☐	☐
Rente accident de travail ***Copie du dernier avis de paiement***	.....	.....	.....	☐	☐	☐
Complément servi par un régime de prévoyance ***Copie du dernier avis de paiement***	.....	.....	.....	☐	☐	☐
Revenus mobiliers **Revenus locatifs fonciers**	....	....	....	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐
Pension alimentaire	.....	.....	.....	☐	☐	☐
Autres ressources (précisez lesquelles) ..... ***Joindre les justificatifs***	....	....	....	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐

(1) M : Mensuel T : Trimestriel A : Annuel

☛ Charges du foyer

FOURNIR TOUS LES JUSTIFICATIFS INSCRITS EN GRAS ET EN ITALIQUES

★ Logement

☐ En accession à la propriété ☐ Propriétaire ☐ Locataire ☐ Usufruitier ☐ Occupant à titre gratuit ☐ Locataire
☐ Appartement ☐ Maison individuelle ☐ Maison de retraite (☐ Privé ☐ Public)

Nature des charges	Montant	M (1)	T (1)	A (1)
Loyer ***Copie de la dernière quittance***	.....	☐	☐	☐
Prêt immobilier ***Copie du tableau d'amortissement***	.....	☐	☐	☐
Taxe d'habitation ***Copie de la dernière taxe reçue***	.....	☐	☐	☐
Taxe foncière ***Copie de la dernière taxe reçue***	.....	☐	☐	☐
Assurance habitation ***Copie de la dernière quittance reçue***	.....	☐	☐	☐
Assurance(s) automobile(s)/2 roues ***Copie de la ou des dernières quittances reçues***	.....	☐	☐	☐
Complément servi par un régime de prévoyance ***Copie du dernier avis de paiement***	.....	☐	☐	☐
Electricité, gaz eau, fuel etc..... ***Copie des factures sur une année***	.....	☐	☐	☐
Frais de scolarité (cantine, école…) ***Copie des factures sur une année***	.....	☐	☐	☐
Pensions alimentaires ***Copie complète du dernier avis d'imposition mentionnant le versement des pensions alimentaires***	.....	☐	☐	☐

★ Autres charges

Nature des charges	Montant	M (1)	T (1)	A (1)
Impôt sur le revenu ***Copie complète du dernier avis d'imposition de toutes les personnes du foyer***	.....	☐	☐	☐
Etes-vous en situation de surendettement ? ☐ **Oui** ☐ **Non** ***Fournir le plan d'apurement de la Banque de France***	.....	☐	☐	☐
Cotisations Prévoyance ou Mutuelle Précisez le nom et l'adresse de l'organisme.....	.....	☐	☐	☐

★ Charges exceptionnelles

- Fournir les factures ou devis, décomptes de la Sécurité sociale et de la Mutuelle, … motivant votre demande.
- Dépenses d'aide à domicile : fournir un certificat médical, devis, factures.
- Rapport de police ou d'expert (le cas échéant)

M : Mensuel T : Trimestriel A : Annuel

☛ Motif de la demande d'aide

Exposer les raisons de votre demande d'entraide exceptionnelle (situation initiale, évènement aggravant à l'origine de votre demande, situation actuelle) qui permettent à la commission sociale de bien comprendre votre situation de détresse.

Montant de la dépense……€

Montant de l'aide sollicitée……€

……
……
……
……
……
……
……
……
……
……

★ Avez-vous déposé d'autres demandes d'aide au cours des 12 derniers mois ?

Organisme	Autre demande		Date	Motif de l'aide	Montant
	Acceptée ou en cours	Refusée			
Centre communal d'action sociale ou Mairie	☐	☐	__/__/____	……	……
Maison Départementale de la Personne Handicapée	☐	☐	__/__/____	……	……
Conseil Général	☐	☐	__/__/____	……	……
Sécurité sociale	☐	☐	__/__/____	……	……
Pôle Emploi	☐	☐	__/__/____	……	……
Institution(s) de retraite complémentaire : …… …… ……	☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐	__/__/____ __/__/____ __/__/____	…… …… ……	…… …… ……
Organismes complémentaires santé/prévoyance : …… ……	☐ ☐	☐ ☐	__/__/____ __/__/____	…… ……	…… ……
Comité d'entreprise	☐	☐	__/__/____	……	……

★ Avez-vous été aidé par un travailleur social ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, indiquez ses coordonnées postales, et téléphoniques ……
……

Nous vous remercions de remplir soigneusement ce document et de nous le retourner dûment régularisé, accompagné des pièces justificatives demandées.

En cas de demande concernant le handicap, merci de ***joindre également la copie de la dernière notification de décision de la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (MDPH***).

Si vous avez besoin de précisions complémentaires, vous pouvez contacter le service Apgis Solidarité :

☎ 01 49 57 45 30 💻 hds@solidariteofficines.com

☛ Protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel

Finalité des traitements de données

L'ensemble des traitements de données est nécessaire à l'étude, l'exécution et la gestion de la demande du Bénéficiaire au titre du fonds de solidarité.

En conséquence, sauf mention particulière, le recueil des données du Bénéficiaire présente un caractère obligatoire au titre de l'exécution de cette demande.

L'enregistrement des appels téléphoniques a pour finalité l'amélioration du service proposé et la formation du personnel.

Destinataires des données à caractère personnel

Les données du Bénéficiaire sont destinées à l'APGIS, responsable des traitements qui met en œuvre des dispositifs permettant d'en préserver la confidentialité. Ces 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.

Elles peuvent être transmises, dans la limite de leurs attributions respectives et suivant les finalités aux personnels de l'Institution ainsi que le cas échéant, aux partenaires et sous-traitants.

Durée de conservation des données personnelles

Les données à caractère personnel du Bénéficiaire sont conservées selon des durées variables en fonction des finalités susvisées. En tout état de cause, ces durées de conservation respectent les obligations légales de l'Institution ainsi que les délais de prescription légale applicables.

Les droits du Bénéficiaire

Le Bénéficiaire dispose d'un droit de demander l'accès à ses données à caractère personnel, la rectification ou l'effacement de celles-ci, et de décider du sort de ses données post-mortem. Il dispose également d'un droit de s'opposer au traitement pour motifs légitimes, de limiter le traitement dont il fait l'objet et d'un droit à la portabilité des données à caractère personnel dans les limites fixées par la loi. Il dispose enfin de la possibilité de s'opposer, à tout moment et sans frais, à la prospection commerciale.

Il peut à tout moment s'opposer à l'enregistrement des échanges téléphoniques avec l'Institution en informant l'Institution au début de l'appel téléphonique.

Le Bénéficiaire peut exercer l'ensemble de ses droits, en justifiant de son identité, en contactant le délégué à la protection des données de l'APGIS à l'adresse suivante :

- ☛ Par mail : dpo@apgis.com ou
- ☛ courrier à : APGIS – cellule Protection des données personnelles 12 rue Massue - 94684 Vincennes Cedex.

L'APGIS dispose d'un délai d'un mois pour répondre. En cas de demande complexe ou d'un nombre important de demandes, ce délai pourra être porté à deux mois.

Il peut également introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) : 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07

Il peut s'inscrire gratuitement sur le registre d'opposition au démarchage téléphonique sur www.bloctel.gouv.fr. Dans ce cas, l'Institution ne procédera à aucun démarchage téléphonique, sauf si le Bénéficiaire nous a communiqué son numéro de téléphone afin d'être recontacté ou si le Bénéficiaire est titulaire auprès de l'Institution d'un contrat en vigueur.

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.

Fait à …… Le |__|__|__|__|__|__|__|__|

Signature précédée de la mention lu et approuvé



Merci de retourner ce document dûment complété, signé et accompagné des pièces justificatives demandées via votre espace assuré (www.apgis.com rubrique Action sociale) ou sous pli confidentiel à l'adresse ci-dessous :

Apgis Solidarité
A l'attention du Médecin conseil
12 rue Massue – 94684 VINCENNES CEDEX

IV. Fonds social de la pharmacie d'officine

IV.A. Fonds de solidarité

Objet	Aide exceptionnelle ayant un caractère de secours, attribuée sur étude de dossier par la commission paritaire permanente de négociation et d'interprétation (CPPNI) de la pharmacie d'officine ou, sur délégation, par la sous-commission « Prévoyance ». L'aide au titre du fonds social est attribuée en fonction de critères objectifs (notamment revenus) pour aider le bénéficiaire à faire face aux dépenses rendues nécessaires par son état de santé ou son handicap. Elle intervient dans la limite des frais réels restant à la charge du bénéficiaire après intervention des régimes obligatoires et complémentaires d'assurance maladie et des autres aides sociales éventuelles obtenues par le bénéficiaire. Les décisions d'attribution des aides du fonds social ne sont susceptibles d'aucun recours.
Période de validité	À compter du 1er janvier 2026.
Bénéficiaires	Salariés et anciens salariés des entreprises qui relèvent de la branche professionnelle de la pharmacie d'officine ainsi que leurs ayants droit : • les salariés concernés sont ceux qui sont couverts par les régimes conventionnels de prévoyance et de frais de soins de santé définis à l'annexe IV.1 (pour les salariés non cadres) ou l'annexe IV.2 (salariés cadres et assimilés) de la convention collective nationale de la pharmacie d'officine y compris ceux qui bénéficient d'un maintien gratuit ou d'une dispense d'affiliation frais de santé ; • les anciens salariés concernés sont ceux : ○ dont le contrat de travail a été rompu avant le 1er janvier 2018 ; ○ dont le contrat de travail a été rompus depuis le 1er janvier 2018 et qui cotisaient au HDS dans l'entreprise qui les employait avant la rupture de leur contrat de travail ; ○ et qui remplissent l'une des conditions suivantes : ▪ anciens salariés qui bénéficient d'un maintien gratuit du régime frais de soins de santé défini par l'annexe IV.1 ou IV.2 de la convention collective nationale de la pharmacie d'officine ; ▪ anciens salariés qui adhèrent au régime conventionnel frais de soins de santé des anciens salariés défini par l'annexe IV.1 ou IV.2 de la convention collective nationale de la pharmacie d'officine ; ▪ anciens salariés qui bénéficient d'une rente d'invalidité servie par le régime de prévoyance défini par l'annexe IV.1 ou IV.2 de la convention collective nationale de la pharmacie d'officine ; • les ayants droit sont ceux qui sont couverts par le régime conventionnel frais de soins de santé défini par les annexes IV.1 et IV.2 de la convention collective nationale de la pharmacie d'officine à titre obligatoire ou facultatif.
Conditions d'éligibilité (conditions cumulatives)	1. Le demandeur doit avoir la qualité de bénéficiaire (au sens de la définition ci-dessus) à la date de la demande d'aide ; 2. Lorsque le demandeur est salarié, l'entreprise dont il dépend doit être à jour du paiement des cotisations HDS à l'APGIS ; 3. Le bénéficiaire doit faire la demande d'aide au titre du fonds social en remplissant le formulaire prévu à cet effet disponible sur le site Internet de l'APGIS et joindre les justificatifs

	demandés destinés à permettre de vérifier que les conditions d'éligibilité visées au 1 et 2 ci-dessus sont remplies ainsi que les documents nécessaires à l'étude du dossier par la CPPNI de la pharmacie d'officine, et notamment la copie du dernier avis d'imposition.
Montant de l'aide	Montant décidé par la CPPNI de la pharmacie d'officine après étude de dossier et dans la limite des ressources disponibles dans le fonds HDS.
Dépenses remboursables (conditions cumulatives)	a) Dépenses exposées par le bénéficiaire et non remboursées par ailleurs ; b) Les prestations à rembourser doivent correspondre aux prestations pour lesquelles la CPPNI de la pharmacie d'officine a accordé une aide. Les prestations susceptibles d'une aide au titre du fonds social sont notamment les suivantes : • dépenses de santé restant à charge du bénéficiaire après remboursement de l'assurance maladie, du régime complémentaire frais de soins de santé et du régime supplémentaire éventuel ; • dépenses engagées pour aménager le domicile en cas de handicap du bénéficiaire ; • dépenses remboursables au titre du pack « Aidant », « Coups durs » ou « Prévention » lorsque le bénéficiaire a épuisé le forfait alloué au titre du pack mais que sa situation nécessite une aide supplémentaire... ; c) Lorsque l'intervention porte sur des dépenses non encore réalisées et pour lesquelles le bénéficiaire a fourni un devis. Le bénéficiaire doit transmettre les justificatifs des dépenses engagées dans les 12 mois suivant la date à laquelle la CPPNI de la pharmacie d'officine a accordé l'aide au titre du fonds social.
Montant remboursé	Montant accordé par la CPPNI de la pharmacie d'officine, dans la limite des frais réels exposés et restant à charge du bénéficiaire et dans la limite des ressources disponibles dans le fonds HDS.
	Une même dépense ne peut pas être remboursée plusieurs fois.

Définitions utiles au titre du fonds social

Définition des ayants droit au titre du HDS	Ayants droit couverts par le régime conventionnel frais de soins de santé défini par les annexes IV.1 et IV.2 de la convention collective nationale de la pharmacie d'officine à titre obligatoire ou facultatif.
Date de la demande d'aide	Date d'envoi de demande d'intervention au titre du fonds social (date du courriel ou date du cachet de la poste).
Organisme compétent pour payer la prestation	APGIS, sur décision de la CPPNI de la pharmacie d'officine ou, sur délégation, par la sous-commission « Prévoyance ».