Formulaire d'éligibilité - Fonds social (HDS) - Dispositif Aidant

Le dépôt d'un formulaire ne vaut pas acceptation immédiate de la demande d'aide au titre du dispositif.

COMMENT BENEFICIER DE REMBOURSEMENTS DANS LE CADRE DU DISPOSITIF AIDANT ?

Pour bénéficier d'une aide au titre du dispositif « Aidant », votre demande doit répondre aux conditions d'éligibilité au fonds social HDS fixées par les partenaires sociaux de la branche de la Pharmacie d'Officine, dont vous reconnaissez avoir pris connaissance[1].

Merci de remplir le formulaire d'éligibilité (ci-après) accompagné des justificatifs demandés et de l'envoyer via votre espace assuré pour les adhérents APGIS uniquement (www.apgis.com) rubrique Action sociale ou à l'adresse suivante, sous pli confidentiel :

Apgis Solidarité
12 rue Massue
94684 Vincennes cedex

Ou par mail :

hds@solidariteofficines.com

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.

L'Aidant doit transmettre, en nous indiquant le numéro de dossier communiqué, **les justificatifs des dépenses engagées précisant la nature de la dépense, la date et le lieu de la prestation et le montant payé**, en nous indiquant le n° de dossier communiqué.

Par ailleurs, en cas de demande de versement de l'allocation en cas de congés pris de présence parentale, de proche aidant, ou de solidarité familiale, **l'Aidant doit adresser les décomptes CAF ou CPAM mentionnant le montant remboursé par lesdits organismes, des allocations journalières des jours de congés,** en nous indiquant également le numéro de dossier communiqué.

Le paiement des dépenses engagées sera effectué par **virement sur le compte bancaire de l'Aidant ou de son représentant légal en cas de minorité.**

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@solidariteofficines.com.**

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

---

[1] *Les conditions d'éligibilité au fonds social HDS fixées par les partenaires sociaux de la branche de la Pharmacie d'Officine peuvent être consultées sur le site internet de l'Apgis ou vous être adressées sur demande.*

1. INFORMATIONS RELATIVES AU SALARIE / A L'ANCIEN SALARIE DE LA PHARMACIE D'OFFICINE (telles que définies par les conditions d'éligibilité au fonds social HDS fixées par les partenaires sociaux de la branche)

Titre : ☐ M. ☐ 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 : ……

2. INFORMATIONS RELATIVES A L'AIDANT

Important : l'aidant doit avoir la qualité de bénéficiaire au sens des conditions d'éligibilité au fonds social HDS fixées par les partenaires sociaux de la branche. 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 : ☐ M. ☐ 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

3. INFORMATIONS RELATIVES AU PROCHE AIDE

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

Titre : ☐ M. ☐ 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'Apgis Solidarité.

4. ATTESTATION SUR L'HONNEUR DE NON REMBOURSEMENT DES FRAIS PAR AILLEURS

Je soussigné(e) : ☐ Mme ☐ M. …… atteste sur l'honneur que les factures de dépenses engagées qui sont/seront adressées au Service APGIS Solidarité pour remboursement dans le cadre du dispositif Aidant (sous réserve d'acceptation), ne font/feront pas l'objet de remboursement par tout autre organisme par ailleurs.

RECAPITULATIF DES PIECES A JOINDRE :

Assurés adhérents APGIS :

- ☐ **Le justificatif des droits dont relève le proche (AEEH, PCH, APA et/ou AAH).**
- ☐ **Le/ les justificatifs des dépenses engagées libellé(s) au nom et prénom de l'Aidant (facultatif au moment de l'envoi du dossier).**
- ☐ **Le justificatif de vie commune aux deux noms et prénoms (quittance au choix : loyer, EDF, Eau) pour l'Aidant vivant en concubinage ou copie de tout document attestant la conclusion d'un PACS délivré par un Officier Public si ce dernier est pacsé.**
- ☐ **Les décomptes CAF (Caisse d'Allocations Familiales) ou CPAM (Caisse Primaire d'Assurance Maladie) mentionnant le montant remboursé des allocations journalières de congé de présence parentale de congé de proche aidant ou de congé de solidarité familiale, si la demande porte sur ces prestations.**
- ☐ **Un Relevé d'Identité Bancaire (RIB).**
- ☐ **Le présent formulaire rempli dans son intégralité, daté, signé et précédé de la mention « lu et approuvé ».**

En plus des pièces justificatives ci-dessus pour les assurés dont le contrat est en délégation de gestion ou assuré auprès d'un autre organisme de complémentaire santé :

- ☐ **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.**

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

5. PROTECTION DES PERSONNES PHYSIQUES A L'EGARD DU TRAITEMENT DES DONNEES A CARACTERE 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 de l'Aidant au titre du dispositif Aidant.

En conséquence, sauf mention particulière, le recueil des données de l'Aidant et de l'Aidé 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 de l'Aidant et de l'Aidé 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 de l'Aidant et de l'Aidé 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 des Bénéficiaires

L'Aidant et l'Aidé disposent d'un droit de demander l'accès à leurs données à caractère personnel, la rectification ou l'effacement de celles-ci, et de décider du sort de leurs données post-mortem. Ils disposent également d'un droit de s'opposer au traitement pour motifs légitimes, de limiter le traitement dont ils font l'objet et d'un droit à la portabilité des données à caractère personnel dans les limites fixées par la loi. Ils disposent enfin de la possibilité de s'opposer, à tout moment et sans frais, à la prospection commerciale.

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

L'Aidant et l'Aidé peuvent exercer l'ensemble de leurs droits, en justifiant de leur identité, en contactant le délégué à la protection des données de l'APGIS à l'adresse suivante :

- ⇨ Par mail : dpo@apgis.com

ou

- ⇨ Par 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.

Ils peuvent 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

Nous attestons sur l'honneur que cette demande d'éligibilité ne contient pas d'information fausse, trompeuse ou incomplète. Nous comprenons que si cette demande s'avère être en partie ou totalement frauduleuse nous serons passibles de poursuites.

Votre demande est à adresser via votre espace assure www.apgis.com rubrique Action sociale (pour les adhérents APGIS uniquement)

par mail à hds@solidariteofficines.com

ou par courrier à :

Apgis Solidarité

12 rue Massue 94684 Vincennes cedex

Tout dossier mal orienté retardera le traitement de votre demande d'ouverture de droits au présent dispositif.

Date et Signature du bénéficiaire précédées de la mention « Lu et Approuvé »

II. Pack « Aidant »

Objet	Aide financière à l'aidant d'un proche en situation de perte d'autonomie ou d'un enfant handicapé.
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 au régime frais de soins de santé ; • les anciens salariés concernés sont ceux : o dont le contrat de travail a été rompu avant le 1er janvier 2018 ; o dont le contrat de travail a été rompu depuis le 1er janvier 2018 et qui cotisaient au HDS dans l'entreprise qui les employait avant la rupture de leur contrat de travail ; o 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, qu'il soit mineur ou majeur, 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 fournir les justificatifs permettant de montrer qu'il est aidant d'un enfant handicapé ou d'un proche en situation de perte d'autonomie (l'aidé) pour lequel aucune demande de pack aidant n'a été acceptée antérieurement (voir définition de l'aidant et de l'aidé). Si le salarié ou l'ancien salarié et l'un de ses ayants droit aident la même personne, le pack « Aidant » ne peut pas être déclenché plusieurs fois pour la même personne aidée. À épuisement de l'enveloppe attribuée au titre d'un premier pack, le pack « Aidant » peut être renouvelé une fois pour la même personne aidée à compter de l'année civile suivante, sous réserve que les conditions pour en bénéficier soient toujours remplies. Le pack « Aidant » ne peut pas être renouvelé plus d'une fois pour une même personne aidée. Au-delà d'un renouvellement, le demandeur peut faire une demande d'aide au titre du fonds social.

	4. Le bénéficiaire doit faire la demande d'aide pendant la période de validité du pack « Aidant » 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 à 3 ci-dessus sont remplies.
Montant de l'aide	Montant maximum de l'aide = 750 € par personne aidée. Cette aide est versée dans la limite des ressources disponibles dans le fonds HDS : • soit sur justificatifs des dépenses engagées ; • soit sous la forme d'une allocation forfaitaire journalière de 21 euros versée, sur présentation des justificatifs, en complément de l'indemnisation servie par la caisse d'allocations familiales (CAF) ou la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) lorsque le bénéficiaire est titulaire d'un congé de proche aidant, d'un congé de présence parentale ou d'un congé de solidarité familiale. Les deux modalités de versement de l'aide peuvent, le cas échéant, être combinées au titre d'une même personne aidée. Dans une telle hypothèse, le montant total de l'aide versée au bénéficiaire reste plafonné à 750 euros par personne aidée. Le plafond de de l'aide s'applique par binôme « aidant/aidé ».
Actions pouvant donner lieu à intervention du HDS (conditions cumulatives)	a) Dépenses exposées par le bénéficiaire, par son (sa) conjoint(e), concubin(e) ou personne liée à lui par un Pacs, au bénéfice de la personne aidée ou pour accompagner le bénéficiaire dans son rôle d'aidant, et non remboursées par ailleurs, ou indemnité complémentaire au montant versé par la CAF ou la CPAM au titre d'un congé de proche aidant, d'un congé de présence parentale ou d'un congé de solidarité familiale ; b) La prestation ou le congé doit avoir été réalisé ou pris dans la période éligible au remboursement (dans les 12 mois qui précèdent ou qui suivent la date de la demande d'aide sans pouvoir être antérieure à la date d'adhésion au régime conventionnel de prévoyance ou de frais de soins de santé défini à l'annexe IV.1 ou l'annexe IV.2 de la pharmacie d'officine ; c) La prestation à rembourser ou le congé à indemniser doit figurer dans la liste des actions pouvant donner lieu à une aide au titre du pack « Aidant » (cf. liste des prestations remboursables ci-après) ; d) Le bénéficiaire doit transmettre à l'APGIS les justificatifs des dépenses engagées permettant de vérifier que les conditions visées au a à c ci-dessus sont remplies (nature de la dépense, date de la prestation, montant payé par le bénéficiaire...) Les justificatifs doivent être transmis dans un délai maximum de 1 an après la date de réalisation de la prestation. Lorsque l'ouverture du droit à prestation a été validée par le gestionnaire du HDS, le bénéficiaire concerné conserve son droit à prestations dans la limite du montant de l'aide et jusqu'à l'expiration des délais mentionnés ci-avant pour présenter les demandes de remboursement, même s'il quitte l'entreprise et ne bénéficie plus du régime conventionnel de prévoyance ou de frais de soins de santé défini à l'annexe IV.1 ou l'annexe IV.2 de la pharmacie d'officine.
Montant versé	Indemnité forfaitaire journalière pour le congé de proche aidant, le congé de solidarité familiale ou le congé de présence parentale et/ou montant de la dépense exposée dans la limite des coûts

	unitaires précisés ci-après et du montant maximum de l'aide en tenant compte des remboursements déjà effectués au titre du pack « Aidant » 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 pack « Aidant »

Aidant	Personne, mineure ou majeure, qui apporte seule, ou en complément de l'intervention d'un professionnel, l'aide humaine rendue nécessaire par la perte d'autonomie d'un proche ou d'un enfant handicapé, et qui n'est pas rémunérée pour cette aide.
Aidé	Enfant handicapé ou proche en situation de perte d'autonomie et qui relève des droits : • à l'allocation d'éducation pour l'enfant handicapé (AEEH) pour les catégories 2 à 6 ou allocation adultes handicapés (AAE) ; • ou à la prestation de compensation du handicap (PCH) ; • ou à l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) au titre d'un classement GIR 1 à 3.
Ayants droit	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 de pack « Aidant » (date du courriel ou date du cachet de la poste).
Date du fait générateur	Date de la demande d'aide telle que définie ci-dessus.
Période éligible au remboursement	Les 12 mois qui précèdent et qui suivent la date de la demande d'aide, sans pouvoir être antérieurs à la date de début de la 1re période réglée au titre du HDS par l'entreprise dont dépend le bénéficiaire (employeur ou dernier employeur).
Organisme compétent pour délivrer la prestation	APGIS.

Liste des actions pouvant donner lieu à intervention et budget unitaire maximum de prise en charge au titre du pack « Aidant » (incluant les charges et taxes de toute nature)

Nature des actions	Définition des actions et précisions sur la/les personnes concernées	Plafond
Garde d'enfants	Concerne les enfants de l'aidant afin de lui permettre de s'occuper de l'aidé.	23 €/h
Accompagnement à l'école/activités extra-scolaires		23 €/h
Aide-ménagère	Concerne l'aidé afin d'alléger la charge de travail de l'aidant.	23 €/h
Garde des ascendants		23 €/h
Garde-malade		23 €/h
Livraison de courses		26 €/livraison
Portage de repas		
Livraison de médicaments		
Organisation de soins à domicile	Aide d'un professionnel pour organiser les soins, aides et accompagnement dispensés à l'aidé dans un objectif de prévention de la perte d'autonomie.	265 €
Frais de transport	Pour les déplacements de l'aidé pour raison médicale.	Frais réels dans la limite du plafond du pack
	Pour les déplacements de l'aidant pour se rendre auprès de l'aidé.	Frais réels, dans la limite du plafond du pack
Bilan ergothérapeute	Bilan situationnel réalisé par un ergothérapeute au domicile de l'aidé.	370 €/bilan
Bilan nutritionnel	Bilan au bénéfice de l'aidé pour permettre à l'aidant de connaître les adaptations éventuelles à apporter aux habitudes alimentaires de l'aidé + suivi éventuel.	53 €/bilan 32 €/consultation de suivi
Bilan social	Bilan au bénéfice de l'aidé permettant d'évaluer les besoins d'aide et d'accompagnement en prenant en compte les problématiques de la personne concernée afin de guider l'aidant dans les mesures à mettre en œuvre au bénéfice de l'aidé.	153 €/bilan
Bilan psychologique	Diagnostic des besoins de l'aidant en matière d'accompagnement et soutien psychologique.	317 €/bilan
Suivi psychologique	Suivi au bénéfice de l'aidant.	48 €/h
Coaching ciblé	Entretien d'évaluation de l'impact de la situation d'aidant sur sa vie quotidienne et actions à mettre en œuvre pour	211 €/coaching

	faire face au rôle d'aidant/points d'échanges réguliers avec le coach/bilan.	
Téléassistance	Prise en charge des frais de téléassistance pour l'aidé.	26 €/mois
Congé de solidarité familiale	Versement d'une indemnité forfaitaire par jour en complément de l'allocation journalière versée par la CPAM pour l'aidant pour soutenir l'aidé.	21 € par jour de congé
Congé de proche aidant	Versement d'une indemnité forfaitaire par jour en complément de l'allocation journalière versée par la CAF pour l'aidant pour soutenir l'aidé.	21 € par jour de congé
Congé de présence parentale	Versement d'une indemnité forfaitaire par jour en complément de l'allocation journalière versée par la CAF pour l'aidant pour soutenir l'aidé.	21 € par jour de congé
Pour les dépenses non prévues dans la liste ou les montants qui dépassent le plafond indiqué, possibilité de faire une demande d'intervention au titre du fonds social (remplir une demande d'aide du fonds social).		