Formulaire d'éligibilité - Fonds social (HDS)

Dispositif Aide au financement du maintien facultatif des garanties frais de santé et décès des salariés en congé parental d'éducation

L'aide s'élève à 50% du montant de la cotisation versée au titre de l'année précédant l'année de la demande, et plafonnée à 420 € annuels (soit 35 € mensuels).

FORMULAIRE A RETOURNER AU PLUS TARD LE 31/08 de l'année de la demande

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

COMMENT BENEFICIER DE L'AIDE AU FINANCEMENT DU MAINTIEN FACULTATIF DES GARANTIES FRAIS DE SANTE ET DECES DES SALARIES EN CONGE PARENTAL D'EDUCATION ?

Pour bénéficier de l'aide, 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) ou à l'adresse suivante, sous pli confidentiel :

Apgis Solidarité
12 rue Massue
94684 Vincennes cedex

Ou par mail :

hds@solidariteofficines.com

Si vous remplissez les critères d'éligibilité, le paiement sera effectué par **virement sur votre compte bancaire**.

En cas de refus, vous recevrez un courrier ou un mail 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. 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 EN CONGE PARENTAL D'EDUCATION (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 : ……

Raison sociale de la pharmacie d'officine : ……

Adresse : ……

Code Postal : ……Ville : ……

Raison sociale de l'organisme de complémentaire santé : ……

Date de début congé parental d'éducation : …… /…… /……

Date de fin congé parental d'éducation : …… /…… /……

RECAPITULATIF DES COPIES DES JUSTIFICATIFS A JOINDRE LORS DE LA DEMANDE INITIALE (1ère DEMANDE) DU CONGE PARENTAL D'EDUCATION :

- ❒ **Attestation d'affiliation aux régimes de santé précisant la raison sociale de l'employeur ainsi que la date de début et de fin du congé parental d'éducation à temps complet dûment régularisée par votre employeur, ou tout autre document de votre employeur reprenant l'ensemble des informations demandées dans l'attestation d'affiliation ci-annexé,**
- ❒ **L'échéancier annuel des cotisations de l'année précédant la demande (Echéancier annuel des cotisations 2025 pour une demande faite en 2026) émanant de l'organisme de complémentaire santé auprès duquel le bénéficiaire est affilié. Ce document n'est pas à fournir pour les assurés couverts par l'APGIS.**
- ❒ **Un relevé d'Identité Bancaire (RIB),**
- ❒ **Le formulaire rempli daté, signé et précédé de la mention « lu et approuvé ».**

- ❒ **Si la durée initiale de votre congé parental d'éducation à temps complet est supérieure à 12 mois : Pour bénéficier de l'aide tout au long de votre congé parental d'éducation, une nouvelle demande annuelle doit nous être adressée pour la 2ème et/ou la 3ème année de congé parental d'éducation, dans les conditions précisées dans le formulaire (une demande d'aide par année de congé parental d'éducation).**
- ❒ **Si la durée initiale de 12 mois de votre congé parental d'éducation à temps complet est prolongée : Pour bénéficier de l'aide sur toute ou partie de la période de prolongation de votre congé parental d'éducation, merci de nous adresser au terme de la durée initiale de votre congé :**
  - ❒ **L'échéancier correspondant à l'année de prolongement du congé parental,**
  - ❒ **La nouvelle attestation d'affiliation au régime frais de santé conventionnel précisant la raison sociale de l'employeur ainsi que la date de début et de fin du prolongement du congé parental d'éducation, ou tout autre document de l'employeur reprenant ces informations.**

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

2. 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 du salarié au titre du dispositif « Aide au financement du maintien facultatif des garanties frais de santé et décès des salariés en congé parental d'éducation ».
En conséquence, sauf mention particulière, le recueil des données du salarié 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 salarié 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 salarié 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 salarié

Le salarié 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 salarié 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
- ⇨ 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.

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

J'atteste sur l'honneur l'exactitude et la complétude des renseignements donnés qui serviront de base à l'attribution d'une aide financière éventuelle.

Votre demande est à adresser via votre espace assure www.apgis.com (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 salarié précédé de la mention « Lu et Approuvé »

Attestation d'affiliation du salarié dont le contrat de travail est suspendu pour congé parental d'éducation à temps complet

A nous retourner dûment régularisée par votre employeur et annexée au formulaire HDS
Dispositif Aide au financement du maintien facultatif des garanties frais de santé et décès des salariés en congé parental d'éducation

PARTIE A REMPLIR PAR LE SALARIE EN CONGE PARENTAL D'EDUCATION

Titre : ☐ M. ☐ Mme

Nom : ……

Prénom : ……

Date de naissance : |__|__|__|__|__|__|__|__|

Numéro de Sécurité sociale : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| Clé |__|__|

Adresse : ……

Code postal : |__|__|__|__|__| Ville: ……

Je soussigné ☐ M. ☐ Mme …… reconnait avoir souscrit au maintien facultatif des garanties frais de santé et décès, moyennant le paiement de la cotisation correspondante, pour la période de mon congé parental d'éducation à temps complet.

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

Signature

PARTIE A REMPLIR PAR L'EMPLOYEUR

Raison sociale de l'entreprise : ……

Raison sociale de l'organisme de complémentaire santé : ……

☐ **1ère demande de congé parental d'éducation** ☐ **Prolongement demande de congé parental d'éducation**

Date du début du congé parental d'éducation à temps complet : |__|__|__|__|__|__|__|__|

Date de fin du congé parental d'éducation à temps complet : |__|__|__|__|__|__|__|__|

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

Cachet de l'employeur

OCTOBRE 2026

IV.D. Prise en charge d'une partie de la cotisation permettant le maintien des couvertures pour les salariés dont le contrat de travail est suspendu pour congé parental d'éducation

Objet	Remboursement d'une partie de la cotisation permettant le maintien des couvertures pour les salariés dont le contrat de travail est suspendu pour congé parental d'éducation 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.
Période de validité	Par année civile, et à compter du 1er janvier 2026.
Bénéficiaires	Salariés dont le contrat de travail est suspendu pour congé parental d'éducation à temps complet et qui demandent le maintien des couvertures du 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.
Conditions d'éligibilité (conditions cumulatives)	1. Le demandeur doit avoir la qualité de bénéficiaire (au sens de la définition ci-dessus) ; 2. L'entreprise (= employeur à la date de suspension du contrat de travail) dont dépend le bénéficiaire doit être à jour du paiement des cotisations HDS à l'APGIS ; 3. Le bénéficiaire doit justifier du paiement des cotisations permettant le maintien des couvertures pour congé parental d'éducation ; 4. Le bénéficiaire doit i) remplir le formulaire de prise en charge disponible sur le site Internet de l'APGIS, ii) joindre les justificatifs demandés destinés à permettre de vérifier que les conditions d'éligibilité visées au 1 à 3 ci-dessus sont remplies et iii) adresser sa demande à l'APGIS au plus tard le 31 août N pour le bénéfice de l'aide les cotisations N – 1 (exemple : pour l'aide 2026 versée au titre des cotisations 2025, le bénéficiaire doit adresser sa demande au plus tard le 31 août 2026).
Date et modalités du remboursement	Le remboursement intervient une fois par an, au plus tard le 30 septembre qui suit la date de la demande, par virement au compte bancaire du salarié.
Montant du remboursement	Le remboursement est égal à 35 € par mois (soit, à titre indicatif, 420 € pour une année complète d'adhésion au dispositif de maintien des garanties).
Date de la demande d'aide	Date d'envoi de la demande d'intervention (date du courriel ou date du cachet de la poste).
Organisme compétent pour procéder au remboursement	APGIS.