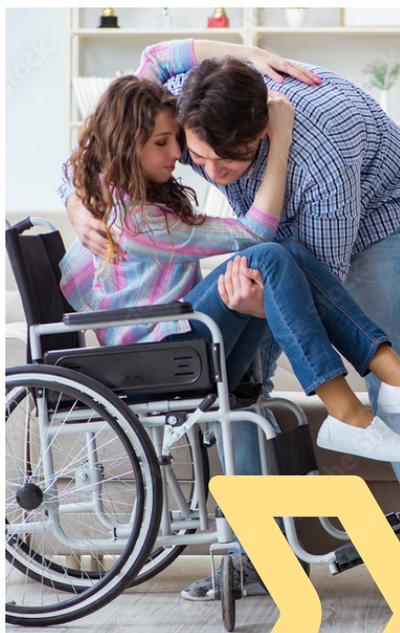


## AIDE SOCIALE N°1

**VOUS AVEZ ÉTÉ  
RECONNU EN SITUATION  
DE HANDICAP OU EN  
INCAPACITÉ**

**Vous pouvez bénéficier  
d'une aide forfaitaire de  
1000 €.**



Face aux aléas de la vie, nous avons à cœur de vous soutenir face à la survenue d'un handicap ou d'une perte d'autonomie.

C'est pourquoi, Harmonie Mutuelle et les partenaires sociaux de votre branche professionnelle ont décidé de vous accompagner en vous faisant bénéficier d'une **aide financière forfaitaire de 1000 €**.

*Cette aide sociale s'adresse à tous les salariés adhérents du régime prévoyance labélisé de la CCN Métallurgie, elle est accordée sous conditions de ressources.*

### CRITÈRES D'ATTRIBUTION :

- Être salarié et adhérent au régime prévoyance labélisé de la CCN Métallurgie.
- Être dans l'un des 3 cas suivants après le 1<sup>er</sup> janvier 2023 :
  - Avoir un taux d'incapacité > ou = à 50%,
  - Être détenteur de la Carte Mobilité Inclusion : carte priorité (< à 80 %),
  - Être détenteur de la Carte Mobilité Inclusion : invalidité (> à 80 %).
- Disposer d'un revenu fiscal de référence annuel inférieur à 25 500 € par part fiscale. L'évaluation de la situation individuelle s'appuie sur les ressources fiscales du foyer définies par le Revenu Fiscal de Référence figurant sur l'avis d'imposition divisé par le nombre de parts fiscales du foyer. Il est à noter que pour la situation d'un célibataire (non pacsé, non séparé, non concubin, sans enfant) il est admis qu'il sera retenu 1,5 part fiscale.

N° d'adhérent : \_\_\_\_\_

Nom de l'entreprise : \_\_\_\_\_ N° Siret : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Numéro de Sécurité sociale : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Téléphone fixe : \_\_\_\_\_

Téléphone portable : \_\_\_\_\_

E-mail : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Je souhaite recevoir par voie électronique les informations et les services et solutions d'Harmonie Mutuelle : - Par E-mail :  Oui  Non - Par SMS :  Oui  Non

Situation de famille :  Célibataire  Marié(e)  Vie maritale  
 Séparé(e), divorcé(e)  Veuf,ve

Fait à \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

Le : \_\_\_\_\_

### Afin de vous verser cette aide, merci de nous renvoyer ce formulaire complété accompagné des justificatifs suivants :

1. La demande d'intervention sociale ci-jointe complétée et signée par le salarié.
2. Le dernier avis d'imposition sur le revenu (pour les couples non mariés ou pacsés, nous fournir les deux avis d'imposition).
3. Le dernier bulletin de salaire.
4. Votre relevé d'identité bancaire.
5. La notification de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH).
6. La copie de la carte mobilité inclusion (CMI).

L'aide n'est pas renouvelable et n'est versée qu'une seule fois pour toute situation reconnue à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2023. Si le taux d'incapacité du salarié augmente, il pourra déposer une nouvelle demande.

 **PAR EMAIL** à [socialesindustries@harmonie-mutuelle.fr](mailto:socialesindustries@harmonie-mutuelle.fr)

 **PAR COURRIER** à Harmonie Mutuelle  
Secrétariat de la direction de l'Action sociale - Cap 55 - 41 rue Fabienne Landy - 37700 St Pierre des Corps.

# CONDITIONS DE RESSOURCES POUR LES AIDES SOCIALES AUX AIDANTS

Le calcul du plafond du revenu du foyer est le rapport entre le revenu fiscal de référence et le nombre de parts fiscales du foyer, il doit être inférieur à 25 500 €.



$$\frac{\text{Revenu fiscal de référence}}{\text{Part fiscale}} = \text{Revenu par part fiscale}$$

## RAPPEL DU CALCUL DE NOMBRE DE PARTS PAR L'ADMINISTRATION FISCALE

(+0,5 part pour le salarié seul décidé par voie d'accord)

| Couples marié(e)s ou pacsé(e)s ou en concubinage |                           |
|--|---------------------------|
| Sans personne à charge                           | 2 parts                   |
| Avec 1 personne à charge                         | 2,5 parts                 |
| Avec 2 personnes à charge                        | 3 parts                   |
| Avec 3 personnes à charge                        | 4 parts                   |
| Avec 4 personnes à charge                        | 5 parts                   |
| Avec 5 personnes à charge                        | 6 parts                   |
| Célibataires ou divorcé(e)s                      |                           |
| Sans personne à charge                           | 1,5 part                  |
| Avec 1 personne à charge                         | 2 parts                   |
| Avec 2 personnes à charge                        | 2,5 parts                 |
| Avec 3 personnes à charge                        | 3,5 parts                 |
| Avec 4 personnes à charge                        | 4,5 parts                 |
| Avec 5 personnes à charge                        | 5,5 parts                 |
| Veufs ou veuves                                  |                           |
| Sans personne à charge                           | 1 part                    |
| Avec 1 personne à charge                         | 2,5 parts                 |
| Avec 2 personnes à charge                        | 3 parts                   |
| Avec 3 personnes à charge                        | 4 parts                   |
| Avec 4 personnes à charge                        | 5 parts                   |
| Majoration Handicap                              |                           |
|  | + 1/2 part supplémentaire |

