



## CARREFOUR

### Formulaire d'éligibilité - Fonds Haut Degré de Solidarité (HDS) Dispositif « Aidant »

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

#### Comment bénéficier de la participation forfaitaire Dispositif « Aidant » ?

Pour bénéficier d'une aide au titre du Dispositif Aidant votre demande doit répondre aux conditions fixées par le Règlement du fonds HDS de CARREFOUR dont vous reconnaissez avoir pris connaissance<sup>1</sup>.

#### Les étapes à suivre :

- Compléter le formulaire d'éligibilité ci-après, en majuscules et en cochant toutes les cases nécessaires
- Joindre les justificatifs demandés
- Transmettre votre dossier :
  - o Via votre espace assuré sur [www.apgis.com](http://www.apgis.com), rubrique « Transmettre un document » disponible en page d'accueil et sélectionnez ensuite l'onglet « Action sociale »
  - o Ou par courrier à l'adresse suivante :

APGIS  
à l'attention de Mme Salima MAHDJOUB  
12 rue Massue  
94684 Vincennes Cedex

Si votre demande comporte des données de santé, vous pouvez l'adresser sous pli confidentiel à APGIS, à l'attention du Médecin Conseil, 12 rue Massue 94684 Vincennes Cedex

#### Le traitement de votre demande :

- Si vous remplissez les critères d'éligibilité, le **forfait unique sera versé par virement** sur le compte bancaire du bénéficiaire majeur ou de son représentant légal en cas de minorité.
- En cas de refus, vous serez notifié par mail ou par courrier.

Pour toute information complémentaire, vous pouvez contacter Mme Salima MAHDJOUB par mail : [s.mahdjoub@apgis.com](mailto:s.mahdjoub@apgis.com)

<sup>1</sup> Le Règlement du fonds HDS de CARREFOUR peut être consulté sur votre espace internet dédié ou vous être adressé sur demande.

### 1. INFORMATIONS RELATIVES AU SALARIE DE CARREFOUR (tel que défini par le règlement du fonds HDS)

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 l'établissement : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

### 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 l'entreprise 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

*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 ☐ Autre (à préciser) : .....  
Nom et Prénom du représentant légal (si nécessaire) : .....

#### **PIECES A JOINDRE A VOTRE DOSSIER :**

- ☐ Le justificatif du lien de parenté (livret de famille)
- ☐ Le justificatif de vie commune aux deux noms et prénoms (quittance au choix : loyer, EDF, eau) pour le bénéficiaire vivant en concubinage ou copie de tout document attestant de la conclusion d'un PACS délivré par un Officier Public si ce dernier est pacsé.
- ☐ Le justificatif des droits dont relève le proche aidé:
  - 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.
- ☐ Un Relevé d'Identité Bancaire (RIB).
- ☐ Le présent formulaire signé, daté et précédé de la mention « lu et approuvé ».

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

#### **4. 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](mailto: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 assuré sur [www.apgis.com](http://www.apgis.com), rubrique « Transmettre un document » disponible en page d'accueil et sélectionnez ensuite l'onglet « Action sociale »
- Ou par courrier à l'adresse suivante :

APGIS  
à l'attention de Mme Salima MAHDJOUB  
12 rue Massue  
94684 Vincennes Cedex

Si votre demande comporte des données de santé, vous pouvez l'adresser sous pli confidentiel à APGIS, à l'attention du Médecin Conseil, 12 rue Massue 94684 Vincennes Cedex

**Tout dossier mal orienté retardera le traitement de votre demande.**

Date et Signature de l'Aidant précédées de la  
mention « Lu et Approuvé »