ENSEMBLE & SOLIDAIRES
UNRPA

COMITE SOLIDARITE VIEILLESSE

REGLEMENT INTERIEUR DU CSV

I.- SON BUT

Crée en 1986, le CSV est une branche sociale de l'association « ENSEMBLE & SOLIDAIRES – UNRPA »

Son but est ***d'apporter une aide aux adhérents*** qui, par leurs modestes revenus, ne peuvent réaliser les actes indispensables à une vie décente.

Les interventions du CSV constituent ***une aide circonstancielle et bénévole*** qui ne peut être considérée comme ***un droit.***

II.- SON CHAMP D'ACTION.

Les domaines d'intervention du CSV sont :

- Prothèses dentaires
- Prothèses auditives
- Prothèses optiques
- Prothèses capillaires
- Catastrophe naturelle validée par un arrêté préfectoral
- Accompagnement de conjoint malade hospitalisé loin de son domicile (participation aux frais de transport)

Sont exclus :

- Les dépassements d'honoraires médicaux
- Les changements de matériels domestiques : chauffage, gros matériel electro-ménager
- Les inondations et incendies accidentels

III.- CONDITIONS GENERALES POUR OBTENIR UNE AIDE.

- Avoir trois années d'ancienneté au sein de l'association
- Présenter sa demande d'aide dans les 6 mois qui suivent les derniers remboursements des organismes (assurance maladie, mutuelle, APA, etc...)

- Vérifier que les revenus ne dépassent pas ***le seuil maximum pour une aide*** (barème réactualisé au 1er janvier 2020). ***Sont pris en compte pour le calcul de l'aide les revenus fiscaux de référence calculés par l'administration.***
- Pour les revenus inférieurs **à 7000€,** il faut avoir épuisé toutes les possibilités d'aide sans oublier le recours au CCAS de la commune où réside le demandeur avant de transmettre la demande d'aide.

IV. – LA DEMANDE D'AIDE.

Les pièces à fournir sont :

- Le formulaire rempli et signé
- La photocopie de la carte d'adhérent attestant les trois années d'adhésion à l'association. (En cas de perte de la carte, une attestation du Président de la section sera nécessaire pour la validation des trois années).
- La photocopie recto-verso du dernier avis d'imposition. Pour les couples vivant maritalement et imposés séparément, joindre les deux avis d'imposition.
- Photocopies des factures acquittées (les devis ne sont pas acceptés)
- Photocopies des remboursements des caisses du régime de base (RSI, MSA, CNAM,....) et des caisses complémentaires de santé.
    - Si le demandeur ne possède pas de complémentaire santé, il sera demandé une attestation sur l'honneur.
    - Si le praticien applique le tiers-payant partiel ou total, les relevés de remboursements correspondants ne sont pas exigibles.

- L'adhérent peut formuler plusieurs demandes si elles concernent des domaines différents (***une demande par prothèse***)
- Le temps écoulé, pour formuler une nouvelle demande, ***est de deux ans entre chaque renouvellement de prothèse.***

Ne pas fournir : copie de la carte vitale, copie de la pièce d'identité ni copie de l'ordonnance.

A NOTER / la demande accompagnée de toutes les pièces ***DOIT ETRE SIGNEE PAR LE PRESIDENT-E DE LA SECTION qui transmettra A LA FEDERATION POUR VISA.***

Pour les sections isolées, la demande est à faire visée par le président-te de la section.

SEULS LES PRESIDENTS-TES DE FEDERATION ET DE SECTIONS ISOLEES SONT HABILITES A TRANSMETTRE LES DEMANDES AU NATIONAL : 47bis rue Kléber à SAINT OUEN (93400).

V.-TRAITEMENT DE LA DEMANDE.

Dès son arrivée au National la demande est enregistrée et un N° de suivi lui est attribué

En cas de demande incomplète, le dossier sera immédiatement retourné au demandeur.

Si dans **les trois mois** qui suivent, le cachet de la poste faisant foi, les pièces manquantes ne sont pas transmises, le dossier est classé ***« sans suite »***

L'aide étant validée, le chèque correspondant sera transmis DIRECTEMENT A L'INTERESSE-EE.

Le correspondant ou le président de la fédération concernée sera averti par mail de la liste des adhérents ayant perçu leur chèque ainsi que le montant de l'aide accordée.

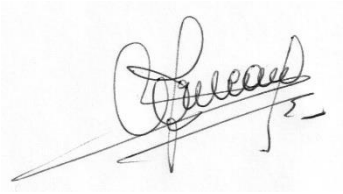
VI.- PROCEDURE D'ACCORD PREALABLE.

Pour les personnes en grandes difficultés, il a été décidé de mettre en place une procédure spéciale **d'accord préalable** afin de leur permettre de décider de l'achat de prothèses dans de bonnes conditions. Cette demande est faite sur un imprimé spécifique.

L'aide octroyée demeure valable 6 mois. Passé ce délai, une demande définitive est formulée sur l'imprimé normal et transmise au National.

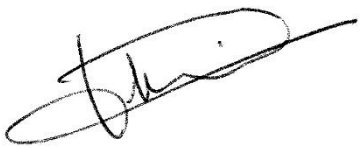
Fait à Saint Ouen, le 20 juillet 2021

La responsable CSV



Janick CERNEAU

Le Président National



Roger PERRET

ENSEMBLE & SOLIDAIRES
UNRPA

BAREME CSV 2020

REVENU GLOBAL POUR PERSONNE SEULE	POURCENTAGE D'AIDE	REVENUS GLOBAL POUR COUPLE
0 à 7 640	60 %	0 à 8 404
7 641 à 8 787	50 %	8 405 à 9 665
8 788 à 10 106	45 %	9 666 à 11 116
10 107 à 11 623	40 %	11 117 à 12 784
11 624 à 13 368	30 %	12 785 à 14 703
13 369 à 15 374	25 %	14 704 à 16 910
15 375 à 17 681	20 %	16 911 à 19 448
17 682 à 20 334	15 %	19 449 à 22 366
20 335 à 23 385	10 %	22 367 à 25 722

Base : minimum contributif légal

Harmonisation des tranches (indice + % 15 entre chaque tranche)

Forfaits inchangés : Prothèses dentaires 375 €

Prothèses auditives 525 €

Prothèses oculaires 275 €

Prothèses capillaires (sur prescription médicale) 150 €

Aide exceptionnelle : pour incendies, inondations, tempête (sur déclaration préfectorale) 350 €

Pour séisme : 500 €

ENSEMBLE & SOLIDAIRES - U N R P A

ENSEMBLE & SOLIDAIRES UNRPA

N° CHÈQUE ……

N° DOSSIER ……..

TAUX Accordé :

JUIN 2016

Comité Solidarité Vieillesse

DEMANDE d'ACCORD PRÉALABLE pour AIDE PROTHÈSE

RENSEIGNEMENTS SUR L'ADHÉRENT

NOM : ……..

PRÉNOM : ……..

ADRESSE : ……

…… ☐☐☐☐☐ ……

…… **Tel :** ……

ADHÉRENT DE LA SECTION DE :

…….. **FÉDÉ.** ☐☐

SITUATION DE FAMILLE

Marié(e)	☐	Pacsé(e)	☐
Divorcé(e)	☐	Concubin(e)	☐
Séparé(e)	☐	Célibataire	☐
Veuf(ve)	☐		

JOINDRE OBLIGATOIREMENT :

Photocopies de :

►carte d'Adhérent (3 timbres dont l'année en cours) ►dernière(s) feuille(s) d'imposition ►devis de la prothèse

RENSEIGNEMENTS SUR LA DEMANDE

DEMANDE FAITE AU TITRE DE :

Prothèse dentaire ☐

Lunettes ☐

Prothèse auditive ☐

Autre Prothèse ☐

Autre : ……..

……

COÛT		**Colonne à**
Frais prévus :		**ne pas servir**
……..	……..	……..
Remboursements et aides espérés :		
Régime général :		
(S.S., MGEN, MSA, etc)	……..	……
RSI., C complément.	……..	……
Mutuelle	……..	……
Assurances (Stés d')	……..	……
Aide Service Social S.S.	…….	……
Autres aides……	……	……
Total Remb./Aides	**……**	**……**
RESTE à CHARGE	**……**	**……**

Je sollicite un accord préalable d'aide du Comité de Solidarité Vieillesse et vous en remercie par avance.
Je certifie sur l'honneur la sincérité des renseignements donnés.

signature

Le ……..

TRANSMISSION OBLIGATOIRE PAR

Section et Fédé. Voir au verso ⟶⟶⟶⟶

A REMPLIR PAR SECTION ET FEDERATION	
INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES	**VISAS**
	S E C T I O N **NOM :** …… **Prénom :** …… **Fonction :** …….. Tampon **Date :** …… signature
COMMENTAIRE ÉVENTUEL	**FÉDÉRATION** ☐☐ **NOM :** …… **Prénom :** …… **Fonction :** …….. Tampon **Date :** …… signature

DOCUMENTS JOINTS				NATIONAL
DÉSIGNATION	**SECT.**	**FÉD.**	**NAT.**	**VISA DE CONTRÔLE**
- carte d'adhérent à jour 3 timbres dont ann. en cours				
- feuille(s) d'imposition				
- éventuellement feuille imposition concubin				
- devis de(s) prothèse(s)				
-				
-				**Accord préalable pour :**
-				
-				
-				
-				
-				

Document réf. : CSV. demande aide juin 2016. Acc. préalable

ENSEMBLE & SOLIDAIRES - U N R P A

ENSEMBLE & SOLIDAIRES UNRPA

N° CHÈQUE ……

N° DOSSIER ……..

TAUX Accordé :

JUIN 2016

Comité Solidarité Vieillesse

DEMANDE AIDE A TITRE EXCEPTIONNEL

RENSEIGNEMENTS SUR L'ADHÉRENT

NOM : ……..

PRÉNOM : ……..

ADRESSE : ……..

…… ☐☐☐☐☐ ……

…… **Tel :** ……

ADHÉRENT DE LA SECTION DE :

…… **FÉDÉ.** ☐☐

SITUATION DE FAMILLE

Marié(e)	☐	Pacsé(e)	☐
Divorcé(e)	☐	Concubin(e)	☐
Séparé(e)	☐	Célibataire	☐
Veuf(ve)	☐		

JOINDRE OBLIGATOIREMENT :

Photocopies de :
►carte d'Adhérent (3 timbres dont l'année en cours) ►dernière feuille d'imposition ►facture(s) acquittée(s) (ou devis acquitté pour accord préalable) de la prothèse ou des réparations ►décomptes des remboursements et aides obtenus et de la demande aide CPAM

RENSEIGNEMENTS SUR LA DEMANDE

DEMANDE FAITE AU TITRE DE :

……

……

CIRCONSTANCES :

……

……

……

……

……

COÛT

Frais engagés :		**Colonne à ne pas servir**
……	……..	……
……	……	……
……	……	……
……	……	……
……	……	……
Aides obtenues :		
Assurances (Stés d')	……..	……
Aide Service Social S.S.	…….	……
Autres aides ……	…….....	……
C Complémentaires	…….	……
……...	……	……
……...	……	……
Total Aides	**……**	**……**
RESTE à CHARGE	**……**	**……**

Je sollicite une aide du Comité de Solidarité Vieillesse et vous en remercie par avance. Je certifie sur l'honneur la sincérité des renseignements donnés.

signature

Le ……..

TRANSMISSION OBLIGATOIRE PAR

Section et Fédé. Voir au verso ⟶⟶⟶⟶

A REMPLIR PAR SECTION ET FÉDÉRATION	
INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES	**VISAS**
	S E C T I O N **NOM :** …… **Prénom :** …… **Fonction :** …….. Tampon **Date :** ……. signature
COMMENTAIRE ÉVENTUEL	**FÉDÉRATION** ☐☐ **NOM :** ……... **Prénom :** …… **Fonction :** …….. Tampon **Date :** …… signature

DOCUMENTS JOINTS				NATIONAL
DÉSIGNATION	**SECT.**	**FÉD.**	**NAT.**	**VISA DE CONTRÔLE**
- carte d'adhérent à jour 3 timbres dont ann. en cours				
- feuille imposition				
- éventuellement feuille imposition concubin				
- justificatifs acquittés des dépenses				
-				**Accord exceptionnel**
-				
-				
- remboursement Sté Assurance				
- aide Collectivités locales				
- aide service social CPAM ou copie refus				

Document réf. : CSV. demande aide juin 2016. Exception.

ENSEMBLE & SOLIDAIRES - U N R P A

ENSEMBLE & SOLIDAIRES UNRPA

N° CHÈQUE ……

N° DOSSIER ……..

TAUX Accordé :

JUIN 2016

Comité Solidarité Vieillesse

DEMANDE AIDE POUR HOSPITALISATION LOIN DU DOMICILE

RENSEIGNEMENTS SUR L'ADHÉRENT

NOM : ……..

PRÉNOM : ……..

ADRESSE : ……

…… ☐☐☐☐☐ ……

…… **Tel :** …….....

ADHÉRENT DE LA SECTION DE :

…….. **FÉDÉ.** ☐☐

SITUATION DE FAMILLE

Marié(e)	☐	Pacsé(e)	☐
Divorcé(e)	☐	Concubin(e)	☐
Séparé(e)	☐	Célibataire	☐
Veuf(ve)	☐		

JOINDRE OBLIGATOIREMENT :

Photocopies de :

►carte d'Adhérent (3 timbres dont l'année en cours) ►dernière feuille d'imposition ►décomptes des aides obtenues.

RENSEIGNEMENTS SUR LA DEMANDE

Ville de résidence : ☐☐……

Hôpital de soins : ……...

☐☐……..……

Distance en Kms : …… (A + R pour 1 visiste)

Motif de l'hospitalisation ……..

……

Durée de l'hospitalisation : ..…… jours

COÛT		**Colonne à ne pas servir**
Frais engagés :		
Déplacement SNCF	……	……..
Route : nb kms P.U.		
prévu … x …… x 0,27	……..	
retenu … x …… x 0,27	……...	……..
Séjour : logement	……	……..
repas	……	……..
Autres	……	……..
Aides Obtenues		
Mutuelle	……	……..
Autres	……	……..

Je sollicite une aide du Comité de Solidarité Vieillesse et vous en remercie par avance. Je certifie sur l'honneur la sincérité des renseignements donnés.

signature

Le ……..

TRANSMISSION OBLIGATOIRE PAR

Section et Fédé. Voir au verso ⟶⟶⟶⟶

A REMPLIR PAR SECTION ET FEDERATION	
INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES	**VISAS**
	S E C T I O N **NOM :** …… **Prénom :** …… **Fonction :** …….. Tampon **Date :** ……. signature
COMMENTAIRES EVENTUELS	**FÉDÉRATION** ☐☐ **NOM :** …… **Prénom :** …… **Fonction :** …….. Tampon **Date :** ……. signature

DOCUMENTS JOINTS				**NATIONAL**
DÉSIGNATION	**SECT.**	**FÉD.**	**NAT.**	**VISA DE CONTRÔLE**
- carte d'adhérent à jour 3 timbres dont ann. en cours				
- feuille imposition (dernière)				
- éventuellement feuille imposition concubin				
- justificatifs des dépenses (sauf voiture)				
- remboursement MUTUELLE				
- éventuellement : attestation sur l'honneur d'absence de mutuelle				**Accord exceptionnel**
- remboursement Sté Assurance				
- aide Collectivités locales				
- aide service social CPAM ou copie refus				
-				

ENSEMBLE & SOLIDAIRES - U N R P A

ENSEMBLE & SOLIDAIRES UNRPA

N° CHÈQUE ……

N° DOSSIER ……..

TAUX Accordé :

JUIN 2016

Comité Solidarité Vieillesse

DEMANDE AIDE pour PROTHÈSES ou CATASTROPHE NATURELLE

RENSEIGNEMENTS SUR L'ADHÉRENT

NOM : ……..

PRÉNOM : ……..

ADRESSE : ……..

…… ☐☐☐☐☐ ……

…… **Tel :** ……

ADHÉRENT DE LA SECTION DE :

…….. **FÉDÉ.** ☐☐

SITUATION DE FAMILLE

Marié(e)	☐	Pacsé(e)	☐
Divorcé(e)	☐	Concubin(e)	☐
Séparé(e)	☐	Célibataire	☐
Veuf(ve)	☐		

JOINDRE OBLIGATOIREMENT :

Photocopies de :
►carte d'Adhérent (3 timbres dont l'année en cours) ►dernière feuille d'imposition ►facture(s) acquittée(s) (ou devis acquitté pour accord préalable) de la prothèse ou des réparations ►décomptes des remboursements et aides obtenus et de la demande aide CPAM

RENSEIGNEMENTS SUR LA DEMANDE

DEMANDE FAITE AU TITRE DE :

Prothèse dentaire	☐	Inondation	☐
Lunettes	☐	Tempête	☐
Prothèse auditive	☐	Incendie	☐
Autre Prothèse	☐	Autre catas.	☐

Autre : ……..

……

COÛT		**Colonne à ne pas servir**
Frais engagés :		
……..	……..	……..
Remboursements et aides obtenus :		
Régime général : (S.S., MGEN, MSA, etc)	……..	……
RSI, c Complément.	……..	……
Mutuelle	……..	……
Assurances (Stés d')	……..	……
Aide Service Social S.S.	……..	……
Autres aides ……	……...	……
Total Remb./Aides	**……**	**……**
RESTE à CHARGE	**……**	**……**

Je sollicite une aide du Comité de Solidarité Vieillesse et vous en remercie par avance. Je certifie sur l'honneur la sincérité des renseignements donnés.

signature

Le ……..

TRANSMISSION OBLIGATOIRE PAR

Section et Fédé. Voir au verso → → →

A REMPLIR PAR SECTION ET FEDERATION

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES	VISAS
	S E C T I O N **NOM :** …… **Prénom :** …… **Fonction :** …….. Tampon **Date :** …… signature
COMMENTAIRE ÉVENTUEL	**FÉDÉRATION** ☐☐ **NOM :** …… **Prénom :** …… **Fonction :** …… Tampon **Date :** …….. signature

DOCUMENTS JOINTS				NATIONAL
DÉSIGNATION	**SECT.**	**FÉD.**	**NAT.**	**VISA DE CONTRÔLE**
- carte d'adhérent à jour 3 timbres dont ann. en cours				
- feuille d'imposition				
- éventuellement feuille imposition concubin				
- facture de(s) prothèse(s) ou travaux (pas de devis)				
- remboursement CPAM, MSA, MGEN, etc.				
- remboursement MUTUELLE				
- éventuellement :attestation sur l'honneur d'absence de mutuelle				**Accord préalable pour :**
- remboursement Sté Assurance				
- aide Collectivités locales				
- aide service social CPAM ou copie refus				
-				

Document réf. : CSV. Demande aide juin 2016. Proth.