



LE FONDS DE SOLIDARITE QU'EST-CE QUE C'EST ?

Dans votre cotisation relative au régime conventionnel de complémentaire santé de base **mutualisé**¹, une contribution au « fonds de solidarité Santé » des Accords collectifs CHRS est incluse (2% de la cotisation). Ce fonds peut intervenir pour la prise en charge d'actions individuelles² et collectives (objet du présent document).

CONDITIONS RELATIVES A L'ENTREPRISE ET A LA MUTUALISATION

L'entreprise qui sollicite l'aide collective doit avoir souscrit le régime collectif et obligatoire de complémentaire santé auprès d'un des Organismes Assureurs recommandés dans le cadre du régime soit l'AG2R ou Mutex (Chorum, Harmonie Mutuelle, Eovi mcd, Ociane, Adrea et Apreva). Cette entreprise doit être à jour de ses cotisations.

CONDITIONS RELATIVES A L'ACTION COLLECTIVE

Le financement portera sur des mesures allant au-delà des obligations réglementaires, et principalement :

- Des actions collectives (journées de sensibilisation, ateliers, formations...) dédiées à des problématiques de santé identifiées comme importantes pour les professionnels de l'entreprise ;
- Des actions collectives dédiées à la prévention des risques professionnels orientées sur la réparation (prévention tertiaire) ;
- Une intervention d'un cabinet spécialisé en cas d'évènement traumatique qui s'est réalisé dans le cadre professionnel.

Le Bureau de la Commission Nationale Paritaire Technique de Prévoyance des Accord Collectifs CHRS (CNPTP CHRS) étudie les actions pour lesquelles l'entreprise formule la présente demande d'intervention. Ce Bureau est souverain dans l'attribution des aides collectives, il informe et rend compte à la CNPTP CHRS de ses décisions. Les décisions d'attribution des aides collectives ne sont susceptibles d'aucun recours.

En aucun cas, Le fonds de solidarité n'accordera de financement à effet rétroactif pour des actions déjà réalisées. Une tolérance est admise pour les actions en cours de réalisation au moment de la formulation de la présente demande.

CONDITIONS RELATIVES A LA DEMANDE D'INTERVENTION

¹ La mutualisation nécessite que l'organisme assureur qui organise votre couverture soit l'un des organismes recommandés par les Accords Collectifs CHRS soit : AG2R ou Mutex (Chorum, Harmonie Mutuelle, EOVI MCD, OCIANE, ADREA et APREVA)

² Un document de demande d'aide individuelle est disponible sur les sites des organismes assureurs. Les salariés affiliés et leurs ayants droits affiliés le cas échéant peuvent en bénéficier (cf. conditions d'attribution des aides individuelles).



La demande d'aide doit être formulée conjointement par l'employeur et le CHSCT (ou à défaut, les délégués du personnel³).

Le dossier de demande de financement doit comporter, outre les informations de base :

- le cahier des charges qui a été soumis à l'organisme susceptible d'intervenir,
- la proposition chiffrée que cet organisme a faite en retour.

L'association doit s'engager à produire un bilan écrit des actions financées partiellement par la CNPTP (à l'aide de la trame de bilan jointe à la demande). Celle-ci pourra éventuellement souhaiter entendre le compte rendu présenté conjointement par un membre de la direction et par un représentant du personnel le cas échéant. Les frais de déplacement générés par cette présentation seront pris en charge par la CNPTP.

MONTANT DE L'AIDE

L'aide collective accordée au titre du fonds de solidarité est calculée en prenant en compte l'effectif total de l'association puis l'effectif concerné par l'action. Elle tient compte également des autres sources de financement sollicitées par l'entreprise (OPCA, OETH, CARSAT, fonds sociaux divers...). Le montant accordé ne peut être supérieur au montant à charge de l'entreprise.

MODALITES DE VERSEMENT

L'association est régie à hauteur de 70% du montant de l'aide collective sur présentation de la facture acquittée d'un montant minimum de 50% du total de la facture. Le solde de 30 % de l'aide collective est versé après restitution de la fiche synthétique de bilan des actions (trame jointe au présent dossier).

Si les actions prévues par l'entreprise bénéficiaire de l'aide collective n'ont pas eu lieu conformément aux engagements, l'entreprise devra restituer l'intégralité des aides perçues de la part du fonds de solidarité.

³ En cas de carence de ces institutions représentatives du personnel, joindre le constat de carence à la demande d'intervention.



**FORMULAIRE DE DEMANDE D'INTERVENTION DU FONDS DE SOLIDARITE SANTE DES ACCORDS
COLLECTIFS CHRS - ACTION COLLECTIVE**

Date de la demande : ____ / ____ / ____

IDENTIFICATION DE L'EMPLOYEUR

Association gestionnaire :

Adresse :

Code postal : _____ Ville : _____

N° SIRET : _____ Nombre d'établissements : _____

Effectifs de l'association : _____

Effectifs concernés par l'intervention: _____ % de l'effectif total : _____

Personne à contacter :

Fonction :

N° de téléphone :

Email :

ORGANISME ASSUREUR DE L'ASSOCIATION

- AG2R Prévoyance
- Mutex (Chorum, Harmonie Mutuelle, Eovi mcd, Ociane, Adrea et Apreva)

AVIS DES REPRÉSENTANTS DU PERSONNEL (COCHER LA CASE)

- Comité d'entreprise
- CHSCT
- Délégués du personnel (à défaut de CE et de CHSCT)

En l'absence d'institutions représentatives du personnel, l'employeur adresse seul sa demande, accompagnée d'une copie du procès-verbal de carence des dernières élections si les effectifs de l'association le justifient.



ACCORDS CHRS
COMMISSION NATIONALE PARITAIRE TECHNIQUE DE PRÉVOYANCE

FONDS DE SOLIDARITÉ SANTE DES ACCORDS COLLECTIFS CHRS – DEMANDE D'INTERVENTION COLLECTIVE

NOM, QUALITÉ ET EMAIL DES SIGNATAIRES DE LA PRESENTE DEMANDE D'AIDE COLLECTIVE
(représentant employeur et représentant des salariés):

Mme/M : _____

Qualité : _____

Email : _____

Signature :

Mme/M : _____

Qualité : _____

Email : _____

Signature :

Mme/M : _____

Qualité : _____

Email : _____

Signature :

Mme/M : _____

Qualité : _____

Email : _____

Signature :

CONTEXTE GÉNÉRAL DE LA DEMANDE DE FINANCEMENT

(Enjeux pour l'association et les salariés, demandes éventuelles des financeurs)

IDENTIFICATION DU CABINET DE CONSEIL, D'AUDIT OU DE FORMATION AUQUEL L'ASSOCIATION
SOUHAITE FAIRE APPEL

Raison sociale :

Adresse :

Code postal : _____ Ville : _____

Personne à contacter :



ACCORDS CHRS

COMMISSION NATIONALE PARITAIRE TECHNIQUE DE PRÉVOYANCE

FONDS DE SOLIDARITÉ SANTE DES ACCORDS COLLECTIFS CHRS – DEMANDE D'INTERVENTION COLLECTIVE

Fonction : _____

Téléphone : _____

Email : _____

Présentation synthétique de l'organisme :

DESCRIPTIF SYNTHÉTIQUE DE L'ACTION COLLECTIVE

Effectifs concernés par l'action : _____

BUDGET DÉTAILLÉ ET CO-FINANCEMENT MIS EN OEUVRE

Facture prévisionnelle : _____

Nombre de jours : _____

CALENDRIER PRÉVISIONNEL DE L'ACTION :

Date de démarrage de l'action : _____

Dates des principales étapes de l'action :



ACCORDS CHRS
COMMISSION NATIONALE PARITAIRE TECHNIQUE DE PRÉVOYANCE

FONDS DE SOLIDARITÉ SANTE DES ACCORDS COLLECTIFS CHRS – DEMANDE D'INTERVENTION COLLECTIVE

Date prévisionnelle de fin de l'action :

MONTANT DE LA FACTURE : _____

BILAN DE L'ASSOCIATION AUPRÈS DE LA CNPTP :

En contrepartie du financement accordé, l'association s'engage à effectuer auprès de la CNPTP un bilan des actions ainsi financées, dans l'année qui suit leur achèvement selon la trame jointe au présent document

Mme/M : _____

Qualité: _____

Date : ___ / ___ / ____

Signature :

PIÈCES À JOINDRE :

- Le cahier des charges tel qu'il a été établi par l'Association
- La proposition du cabinet de conseil, d'audit ou de formation
- Le devis de l'action proposée
- Tout autre document susceptible d'éclairer la Commission paritaire
- Relevé d'Identité Bancaire de l'entreprise en cas de paiement par virement

ADRESSEZ VOTRE DOSSIER AU BUREAU DE LA CNPTP CHRS :

Secrétaire de la CNPTP CHRS

C/O SYNEAS

3 rue au Maire

75003 PARIS

Vous pouvez obtenir des informations complémentaires en vous adressant au secrétariat de la CNPTP : cnptp.chrs@gmail.com



ACCORDS CHRS

COMMISSION NATIONALE PARITAIRE TECHNIQUE DE PRÉVOYANCE

FONDS DE SOLIDARITÉ SANTE DES ACCORDS COLLECTIFS CHRS – DEMANDE D'INTERVENTION COLLECTIVE

CADRE RÉSERVÉ À LA COMMISSION NATIONALE PARITAIRE TECHNIQUE DE PRÉVOYANCE (CNPTP)

Date de réception :

Numéro d'ordre :

Décision de la Commission :

- Critère taille de l'association
- Critère effectif concerné
- Critère de l'action

Modalités de versement de la subvention :

- 70% à réception de facture,
- 30% à réception du bilan

Moyen de paiement :

- Chèque bancaire n°
- Virement bancaire n°

M : _____

Qualité : Président de la CNPTP

Signature :

M : _____

Qualité : Trésorier de la CNPTP

Signature :



Trame de Bilan de l'action

1 / Comment la thématique abordée a-t-elle été déterminée ?

2 / Correspondait-elle à une problématique rencontrée dans le cadre de l'activité professionnelle ?

3 / Décrivez la procédure de sélection du prestataire

4 / Combien de personnes ont bénéficié de l'action ? Structure de l'effectif ayant participé à l'action collective (répartition homme/femme, cadres/non-cadres, métiers représentés,...)

5 / Quel bilan qualitatif en tirez-vous (représentant de l'entreprise et IRP) ?

6 / Quelles sont les bonnes pratiques appliquées suite à l'action ? quels outils ?

7 / Quelle suite envisagez-vous de donner à cette action ?

8 / Si vous deviez engager une nouvelle action éligible au fonds de solidarité santé, quel en serait l'objet ?