

RÈGLEMENT INTÉRIEUR D'ACTION SANITAIRE ET SOCIALE

2024



PRÉAMBULE

Les branches Famille et Santé de la Sécurité Sociale sont le cœur de la protection sociale, portant dans leur essence-même, les valeurs de cohésion sociale et de solidarité nationale. Depuis soixante-dix ans, la branche Famille accompagne les familles dans leur vie quotidienne et la branche Maladie soutient les personnes malades, en incapacité de travail ou en situation de handicap.

Au-delà des interventions au titre des remboursements de soins ou du versement des prestations légales, la Caisse Commune de Sécurité Sociale des Hautes Alpes (CCSS), développe une politique d'Action Sanitaire et Sociale qui, tout en s'intégrant dans les orientations définies par les Caisses Nationales, prend en compte les besoins de la population et les spécificités du département.

À ce titre, l'Action Sanitaire et Sociale (ASS) de la CCSS soutient les familles et usagers confrontés à des problèmes de santé ou des difficultés en lien avec la vie quotidienne.

Pour atteindre ces objectifs, elle peut attribuer des aides directes aux familles et usagers ou soutenir les associations et collectivités qui portent des projets entrant dans le champ de compétence de la CCSS.

Le règlement intérieur d'action sanitaire et sociale (RIASS) intègre les interventions financées par les branches maladie et famille de la CCSS.

● Les missions de la branche Santé :

La branche santé des organismes de sécurité sociale se doit de garantir l'accès aux soins à l'ensemble des assurés, et notamment aux plus vulnérables d'entre eux.

À ce titre, l'action sanitaire et sociale de la CCSS des Hautes-Alpes œuvre en étroite collaboration avec le service social de la Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé Au Travail du Sud-Est (CARSAT-SE) ainsi que la Mission d'accompagnement santé (MAS), dans le but de renforcer l'accès au système de santé et contribuer à la lutte contre les inégalités sociales d'accès aux soins. Elle participe notamment à :

- la réduction des restes à charges des assurés et concourt, par là même, à la diminution du renoncement aux soins,
- l'accession à une couverture complémentaire,

- l'accompagnement au retour et au maintien à domicile des personnes en sortie d'hospitalisation, malades ou en situation de handicap,

- l'efficience du système de santé en renforçant la qualité des soins et la pertinence des parcours,
- limiter la fragilisation sociale et prévenir la désinsertion professionnelle des assurés en arrêt maladie.

● Les missions de la branche Famille :

Par leur action sociale familiale, les caisses d'allocations familiales contribuent au renforcement des liens familiaux, à l'amélioration de la qualité de vie des familles et de leur environnement social, au développement et à l'épanouissement de l'enfant et de l'adolescent, au soutien à l'autonomie du jeune adulte, à la prévention des exclusions, au maintien des liens familiaux, y compris avec le parent non allocataire.

Dans la mise en œuvre de sa politique d'action sociale, la CCSS des Hautes-Alpes porte notamment une attention particulière aux familles qui ont les plus lourdes charges et les ressources les plus modestes ou qui, rencontrant des difficultés de vie, sont exposées à des risques d'exclusion.

Elle veille à l'accès aux droits des allocataires, tant en ce qui concerne les prestations légales que les prestations d'action sociale, notamment aux aides financières qu'elles accordent.

De même, elle s'assure que les bénéficiaires de l'action sociale accèdent aux équipements et services auxquels ils ont droit, notamment en ce qui concerne leur participation financière.

Dans ce cadre, elle met en œuvre des actions d'accompagnement social, elle facilite l'accès aux équipements et services qu'elle soutient.

L'action sociale familiale de la CCSS des Hautes-Alpes est précisée par instruction pluriannuelle de la Caisse nationale d'allocations familiales et définie dans le schéma directeur d'action sociale. Elle s'exerce dans les domaines d'intervention énumérés ci-dessous :

- l'action en faveur de la petite enfance
- le soutien aux familles et à la fonction parentale
- la prévention des exclusions
- l'appui aux jeunes adultes

- le temps libre et les vacances des enfants et des familles
- le développement de l'Animation de la Vie Sociale

La CCSS des Hautes-Alpes mène une action sociale territorialisée et partenariale qui s'inscrit dans une démarche de recensement des besoins sociaux et familiaux, de programmation, de suivi et d'évaluation de la réalisation des objectifs fixés et des résultats à atteindre.

Elle veille à une répartition territoriale équilibrée des équipements et des services et à la qualité de l'offre en ce domaine, à la coordination avec les autres dispositifs locaux et à l'adaptation de leurs actions à l'évolution des besoins sur leur territoire d'intervention.

Dans le cadre défini ci-dessus, la CCSS des Hautes-Alpes intervient selon les modalités suivantes:

- par l'intervention de travailleurs sociaux;
- par le soutien à des services et équipements sociaux ;
- par l'attribution d'aides financières aux familles ;
- par l'accompagnement collectif et individuel des familles et des jeunes, notamment afin de faciliter l'accès aux droits légaux et aux dispositifs et services de droit commun.

Depuis 2014, les politiques publiques ont incité à déployer, sur le territoire, les Schémas départementaux des services aux familles (SDSF).

Afin de soutenir les familles et de permettre aux parents de concilier vie familiale et vie professionnelle, le SDSF réunit un ensemble d'objectifs pour une période de 4 ou 5 ans.

Afin de gagner en cohérence et en lisibilité le SDSF des Hautes-Alpes est structuré suivant les mêmes thématiques que la CTG :

- Petite Enfance
- Jeunesse
- Parentalité
- Animation de la Vie sociale
- Accès aux droits

L'ordonnance n°2021-611 du 19 mai 2021, définit les services aux familles comme visant à répondre à leurs besoins et à favoriser le déroulement harmonieux de la vie familiale, depuis la grossesse jusqu'au 25 ans de l'enfant,

dans le respect des droits et besoins des enfants et de leurs parents.

L'ordonnance instaure également les comités départementaux des services aux familles (CDSF)

Le CDSF est une instance de réflexion, de conseil, de proposition et de suivi concernant toutes questions relatives à l'organisation, au fonctionnement, au maintien et au développement des services aux familles. Il est présidé par le Préfet ou son représentant. Les vice-présidents sont :

- le président du Conseil Départemental ou un conseiller départemental désigné
- un maire ou président d'établissement public de coopération intercommunale du département
- le président de la Caisse Commune ou un administrateur désigné

Dans son rôle d'investisseur social au service des familles, la branche Famille dispose de la Convention Territoriale Globale (CTG). Il s'agit d'un cadre politique et stratégique afin d'élaborer et de mettre en œuvre le projet social d'un territoire adapté aux besoins des usagers.

SOMMAIRE

Chapitre 1 - Les aides aux partenaires

1.1	Les aides collectives santé.....	7
1.2	Les aides collectives famille.....	8
1.2.1	Les aides à l'investissement.....	8
1.2.2	Les aides au fonctionnement.....	10

Chapitre 2 - Les aides individuelles

2.1	Les aides individuelles santé.....	12
2.1.1	Les conditions générales d'attribution des prestations	12
2.1.2	Les aides pour faciliter l'accès aux soins et à la santé	15
2.1.2.1	Les aides en faveur d'une complémentaire santé	15
2.1.2.2	Les aides financières d'accès aux soins	16
2.1.2.3	Les prestations supplémentaires facultatives	18
2.1.2.4	Les aides financières à caractère social	19
2.1.3	Les aides pour prévenir la désinsertion professionnelle	20
2.1.4	Les aides pour accompagner le retour et le maintien à domicile	21
2.1.4.1	Les aides aux personnes en situation de handicap	21
2.1.4.2	Les aides aux malades	22
2.1.4.3	Les aides aux malades dans le cadre de Prado	23
2.1.4.4	Les aides aux personnes en phase terminale	23
2.2	Les aides individuelles famille	25
2.2.1	Les aides au titre de l'accompagnement des familles	26
2.2.1.1	Les prêts d'honneurs, secours aux familles et remises de dettes	26
2.2.1.2	Les aides et l'accompagnement à domicile	27
2.2.2	Les aides au logement	28
2.2.2.1	Les prêts d'équipement ménager et mobilier	28
2.2.2.2	Les prêts « changement d'appartement »	29
2.2.3	Les aides aux temps libres	30
2.2.4	Les aides aux vacances en famille	33
2.2.5	Les aides à la formation BAFA	36
	Glossaire	37

CHAPITRE 1





L'engagement des partenaires

En contrepartie de toute aide collective versée par la CCSS des Hautes-Alpes, les bénéficiaires s'engagent à :

- Appliquer le principe de laïcité (Les bénéficiaires des aides collectives, quel que soit le type d'aide, devront observer une obligation de neutralité philosophique, politique, syndicale ou confessionnelle).
- Communiquer sur le soutien financier apporté par la CCSS des Hautes-Alpes.
- Justifier des travaux financés (La Caisse pourra demander à la structure tout document nécessaire à un contrôle sur la bonne utilisation de la subvention attribuée. Dans l'hypothèse où la Caisse des Hautes-Alpes constaterait un non-respect des engagements, elle pourra être amenée à réclamer à la structure un remboursement total ou partiel de la subvention attribuée).
- Appliquer des barèmes modulés permettant l'accès des familles aux structures en fonction de leurs ressources (pour les aides aux familles).

En cas de fraude constatée, son auteur s'expose aux sanctions prévues par la loi, dont le remboursement de la subvention ou prestation perçue, et à l'exclusion du droit aux aides.

Dans la limite du budget, la CASS peut allouer, sur sa dotation paramétrique, des subventions de fonctionnement aux associations départementales ou régionales qui œuvrent dans la circonscription de la caisse, dans les domaines sanitaires et sociaux prioritaires suivants (fixés par Lettre-Réseau LR-DDO-128/2011) :

- Aide aux personnes malades,
- Aide aux personnes en situation de handicap,
- Aide aux personnes en situation de fragilisation sociale et sanitaire,
- Aide à l'accès aux soins et aux droits,
- Aide à la prévention de la désinsertion professionnelle,
- Aide au retour et au maintien à domicile (sorties d'hospitalisation...).

Il peut s'agir de :

- subvention de fonctionnement général,
- subvention de fonctionnement sur objectifs ciblés dans le cadre d'actions spécifiques,
- à titre tout à fait exceptionnel, de subvention d'équipement de petit matériel.

L'octroi de ces subventions répond aux recommandations ci-dessous de la Lettre-Réseau LR-DDO-128/2011 :

- Favoriser les projets d'action sur objectifs.
- Une association peut prétendre à un financement dès lors que le fonds de roulement n'est pas supérieur à un trimestre de fonctionnement.
- Refuser de financer le fonctionnement général au-delà de 50 % du budget.
- Éviter le renouvellement systématique des subventions, notamment lorsqu'il peut conduire au financement pérenne de postes budgétaires.
- Établir une convention lorsque le montant annuel de la subvention est supérieur à 23 000 €uros.
- Privilégier la conclusion d'une convention, quel que soit le montant de la subvention, sauf s'il s'agit du financement de petites structures et de demandes de subvention de très faible montant.

Un appel à projet pourra être effectué sur une thématique (exemple « sport et santé »).

Modalités d'octroi des aides :

Les demandes de subventions seront étudiées en commission. Celle-ci émet un avis pour chaque demande dans la limite de la ligne budgétaire prévue à cet effet.

1.2 Les aides collectives famille



La CCSS intervient dans le financement des structures qui offrent des services aux familles relevant des domaines d'intervention suivants :

- La Petite Enfance
- L'Enfance et la Jeunesse
- La Parentalité
- L'Animation de la Vie Sociale
- L'Accès aux Droits.

Ces aides permettent de développer l'offre de service, d'améliorer la qualité de l'accueil et de réduire le montant des contributions familiales.

Elles viennent en complémentarité des financements nationaux et soutenir les objectifs prévus dans le Schéma Départemental Service aux Familles (SDSF) et les Contrats Territoriaux de Gestion (CTG), afin de mieux accompagner les besoins des territoires.

Elles répondent également à des problématiques locales pour lesquelles il n'y a pas d'aides nationales ou en complément des aides nationales.

Les demandes de subventions pour l'année 2024, devront avoir été déposées à la CCSS avant le 1^{er} septembre 2024.

1.2.1 - Les aides à l'investissement

• Les subventions d'investissement sur fonds propres

Dans la limite du budget voté, la Commission d'Action Sanitaire et Sociale peut allouer des aides aux associations ou collectivités locales dont le domaine d'intervention entre dans le cadre des orientations prioritaires de la CCSS.

Peuvent être financés les travaux de rénovation de bâtiments, les acquisitions immobilières, les équipements mobiliers, le matériel informatique, les logiciels de gestion, en lien avec les prestations de service (y compris la formation et les contrats de maintenance...).

L'acquisition de matériel destiné à la réalisation de travaux administratifs (matériel informatique, logiciels, téléphone, photocopieuse...) ne peut faire l'objet de subvention.

La demande doit faire apparaître un co-financement.

Le demandeur doit produire les pièces nécessaires à l'instruction du dossier : dossier cerfa en cours, pièces justificatives, devis, copies écran de sites internet/catalogues, plan de financement et respecter les règles d'amortissement en vigueur.

L'acquisition prévue doit avoir une durée de vie minimum d'un an et un coût unitaire supérieur ou égal à 800 € hors taxes, à l'exception de lots d'articles similaires (ex : fond documentaire, ensemble de meubles, de jouets...), qui doivent avoir un coût global également supérieur ou égal à 800 € hors

taxes.

Les projets présentés ne peuvent être réalisés avant la décision de la Commission d'Action Sociale.

L'aide est étudiée sur la base du coût hors taxe pour les collectivités locales et toutes taxes comprises pour les associations.

Après étude et présentation en commission, l'aide est notifiée au bénéficiaire.

Une convention de financement peut également être signée selon les dispositions réglementaires nationales en vigueur (modalités de cadre fixées par l'IT-2022-070).

Cependant, en fonction de l'étude présentée, les Conseillers peuvent demander la signature d'une convention quel que soit le montant accordé.

Le rapport entre le montant de la subvention octroyée et le montant de l'investissement demandé et retenu permet de déterminer le taux d'intervention de la commission d'action sociale ; De manière générale, il n'excède pas 50 % de l'investissement global.

La subvention sera versée, sur production d'un seul lot annuel de factures acquittées, concernant le projet et visées par le responsable de la structure ou le trésorier, dans la limite du montant de la subvention et du taux d'intervention.

Un seul paiement annuel est effectué.

Si un écart inférieur à 5 % est constaté entre les devis et les factures l'aide sera versée dans son intégralité, sinon elle sera proratisée.

Le projet, objet du financement, devra être réalisé au plus tard le 15 novembre N+1 qui suit la décision d'aide.

Le non-respect des engagements contractuels entraîne le remboursement (total ou partiel) de la subvention allouée. Cette décision appartient à la CASS sur proposition des services techniques.

Des prêts d'investissement sans intérêt peuvent être accordés par le Conseil, sur avis de la Commission d'Action Sociale, dans la limite des enveloppes budgétaires annuelles votées par le Conseil de la CCSS et en référence aux règles budgétaires et comptables de l'institution.

Les conseillers détermineront le montant accordé, le nombre d'échéances et la périodicité de remboursement.

Tout prêt fera l'objet d'un contrat de prêt. Ce dernier prévoit les pièces nécessaires à la signature du prêt et à son paiement.

L'emprunteur peut à tout moment effectuer un remboursement anticipé du solde.

Le non-respect des conditions du prêt met fin à la convention signée et à la récupération des montants octroyés.

• Les subventions d'investissement sur fonds nationaux

Les modalités de gestion de ces aides à l'investissement font l'objet d'une réglementation nationale.

Peuvent notamment être financés l'accompagnement des structures partenaires au titre de dispositifs d'accompagnement à l'investissement relevant des domaines d'intervention suivants :

- La Petite Enfance
- La Jeunesse.

1.2.2 - Les aides au fonctionnement

● Les subventions de fonctionnement sur fonds propres

En principe, les structures bénéficiaires de la prestation de service ne peuvent y prétendre. Par exception, des subventions de fonctionnement d'aide au démarrage ou d'aide occasionnelle pourront leur être accordées.

Lors du dépôt de la demande, le dossier devra comporter un rapport d'exécution 2022, dans l'attente de la production du rapport d'activités définitif 2022.

La CCSS des Hautes-Alpes pourra demander à la structure, tout document nécessaire à un contrôle sur la bonne utilisation de la subvention attribuée.

Dans l'hypothèse où la CCSS constaterait un non-respect des engagements, elle pourra être amenée à réclamer à la structure un remboursement total ou partiel de la subvention attribuée.

Elles sont octroyées principalement aux structures qui développent une action dans les domaines prioritaires de l'Action Sociale.

Leur montant est fixé par la Commission d'Action Sanitaire et Sociale, et viennent en complément des financements nationaux.

Aides exceptionnelles aux EAJE à la PSU dans le cadre de créations de places nouvelles

Les dispositifs nationaux prévoient des aides au fonctionnement (PSU, Bonus, ...) et à l'investissement (PIAJE) pour la création de places supplémentaires en EAJE.

En revanche, rien n'est prévu pour le fond de trésorerie des débuts d'années, afin de permettre aux EAJE de fonctionner.

L'octroi d'une subvention de fonctionnement sur fonds propres représentant un trimestre d'activités proratisé, permettrait de soutenir financièrement l'EAJE dans sa création de places nouvelles. Chaque demande de subvention sera présentée en commission.

● Les subventions de fonctionnement sur fonds nationaux

Les prestations de service sur fonds CNAF sont versées aux gestionnaires, afin de rendre les structures accessibles financièrement aux familles. Le bénéficiaire devra préalablement avoir signé une convention de financement qui fixe les modalités d'intervention de la CCSS. Au-delà du développement de l'offre de service, la qualité du service rendu sera un critère d'ouverture du droit.

En complément des Prestations de Service, des subventions de fonctionnement sur fonds nationaux peuvent être versées. Les modalités de gestion de ces aides au fonctionnement font l'objet de réglementations nationales.

Peuvent notamment être financés l'accompagnement des structures partenaires au titre de dispositifs d'accompagnement relevant des domaines d'intervention suivants :

- La Petite Enfance
- L'Enfance et la Jeunesse
- L'Animation de la Vie Sociale.

CHAPITRE 2



Les aides
individuelles

2.1 Les aides individuelles santé



Toute aide individuelle attribuée par la CCSS des Hautes-Alpes l'est en référence aux règles budgétaires et comptables de l'Institution.

Les prestations à caractère limitatif sont des aides exceptionnelles destinées à venir en aide aux assurés devant faire face à des dépenses ponctuelles **causées par une maladie, une maternité, un accident du travail, un décès, une réduction d'autonomie ou une incapacité de travail.**

Elles ont pour vocation d'aider les assurés rencontrant des difficultés passagères. Dès lors qu'une prestation serait appelée à s'inscrire dans la durée (par une chronicité), l'intervention ne pourrait se justifier, contrevenant au caractère ponctuel des aides extralégales.

Elles sont apportées en priorité aux assurés sociaux les plus démunis, dans la limite des crédits inscrits au budget.

2.1.1. - Les conditions générales d'attribution des prestations

Prérequis

La **déclaration du médecin traitant** ainsi que l'**adhésion à une complémentaire santé** sont des préalables à l'attribution d'une aide d'action sociale.

Les assurés qui sollicitent une aide doivent être affiliés à la CCSS des Hautes Alpes. Les assurés relevant des sections locales mutualistes du département peuvent également bénéficier de l'action sanitaire et sociale

Les bénéficiaires de l'Aide Médicale d'Etat (AME) ainsi que les assurés relevant du régime « Migrants » provenant de l'Union Européenne ne peuvent prétendre à l'ASS.

Recevabilité des dossiers :

La demande doit concerner **des soins ou actes réalisés dans un délai de 2 ans** à compter de la date de la demande. Toute demande concernant des actes antérieurs sera classée sans suite (hors champ).

Une demande d'aide ayant déjà fait l'objet d'une étude en commission ne peut pas être représentée (elle est dans ce cas classée sans suite), sauf si la situation du demandeur a évolué (séparation, baisse de revenus...).

Les demandes émanant d'assurés ne présentant pas de couverture complémentaire santé (ou une couverture insuffisante) font l'objet d'une fiche de liaison à l'attention de la Mission d'Accompagnement Santé (MAS) pour un accompagnement vers une mutualisation ou une meilleure mutualisation.

Ressources et charges prises en compte pour les AFI Santé (liste en ANNEXE 1)

Tous les revenus perçus par le foyer au cours des 3 derniers mois sont à prendre en compte. Il s'agit de :

Lorsqu'une personne adulte est hébergée (chez un ami, un parent...), seules les ressources et charges de l'assuré sont à prendre en compte.

Les enfants suivant des études supérieures dans une autre ville que celle de leurs parents sont considérés comme hors foyer.

Une charge systématique sera affectée en contrepartie de l'AEEH. Celle-ci sera au moins égale au montant de l'allocation perçue, supérieure si la famille le justifie par des dépenses matérielles, techniques ou humaines. Si la demande concerne des frais en lien avec le handicap de l'enfant, l'AEEH doit être déduite de la dépense, sauf si celle-ci est déjà entièrement dévouée à une autre charge).

Le Reste à Vivre (RAV) :

Le reste à vivre est le solde journalier ou mensuel des ressources par personne au foyer une fois déduites les charges estimées incompressibles.

$$\text{RAV} = (\text{Ressources du foyer} - \text{charges du foyer}) / \text{Nombre de parts}$$

Nombre de parts :

Situation	Nombre de parts
Personne seule	1,5
Couple	2
Autre personne au foyer (ascendant, descendant)	+ 0,5

Barème de ressources :

Un barème de ressources s'applique sur l'ensemble des dossiers (dossiers difficultés financières et handicap inclus), excepté pour :

- Les prestations qui détiennent leur propre barème de participation («accès à une couverture complémentaire» et «aides aux malades»),
- Les aides de prévention de la désinsertion professionnelle («primes de fin de rééducation professionnelles», «bilans de compétences et actions d'orientation professionnelle»), non soumises à ressources.

Reste à vivre mensuel par personne	PARTICIPATION ASS
<= 400 €	100 %
<= 550 €	80 %
<= 750 €	60 %
Au-delà	Aucune participation

Quelles que soient les barèmes appliqués, **la commission reste souveraine** pour adapter ses décisions en fonction de la situation de l'assuré, de l'avis médical ou de l'accès au travail, et se réserve le droit de proposer des montants inférieurs ou supérieurs lorsqu'elle l'estime nécessaire.

Instruction du dossier :

Les agents du service ASS instruisent la demande. Selon l'objet de cette dernière, ils peuvent solliciter :

- Une enquête sociale auprès du service social de la CARSAT-SE,
- Un accompagnement à la mutualisation ou aux soins auprès de la MAS,
- Un avis médical auprès de l'ELSM.

Modalité d'octroi des aides :

Les dossiers sont étudiés soit :

- Par le **Directeur** (ou son délégataire), pour les demandes faisant l'objet d'une délégation accordée par le Conseil.
- Par la **Commission d'action sociale et sanitaire** (CASS).
- Par le **Comité d'attribution des primes de fin de rééducation** (CAPFR), pour les demandes de primes de fin de rééducation.

Validité des décisions :

L'aide accordée par la CASS doit être utilisée **dans un délai de deux mois** à compter de la date de notification de la décision. L'assuré peut néanmoins solliciter un délai supplémentaire s'il apporte les motifs de son report et qu'il assure être toujours dans une démarche de soins.

Les assurés sociaux qui signalent renoncer aux soins car le reste à charge est trop élevé, peuvent être orientés vers la Mission d'Accompagnement Santé (MAS) pour qu'ils bénéficient éventuellement d'une nouvelle présentation en commission d'action sanitaire et sociale dans ce cadre.

Règlement des sommes accordées :

Hormis les aides pour difficultés financières, les aides sont payées sur justificatif de paiement (facture, avis des sommes à payer, appel de cotisations...). Les aides dentaires ou d'orthodontie peuvent être réglées sur attestation de commencement de travaux, émise par le chirurgien-dentiste ou l'orthodontiste de l'assuré (On entend par « travaux » les soins prévus au devis, au-delà de la première consultation). A la fin des travaux, une facture définitive doit impérativement être fournie, en justificatif de la somme allouée.

Une fois les pièces justificatives rassemblées, le paiement est effectué par virement au tiers (professionnel de santé, mutuelle, fournisseur, prestataire de services...) ou bien à l'assuré, lorsque ce dernier a acquitté les soins ou que le paiement au tiers est impossible (absence de RIB par exemple). Dans la mesure du possible, le paiement au tiers est toujours privilégié.

Les aides relevant du Fond Départemental de Compensation du Handicap (FDCH) sont versées directement à la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) qui se charge de procéder au paiement des bénéficiaires, sur présentation des pièces justificatives.

La CCSS des Hautes-Alpes se réserve le droit, dans le cadre de son plan de contrôle interne, de vérifier le bon usage des fonds alloués. Dans l'hypothèse où la Caisse constaterait un non-respect des engagements, elle pourra être amenée à réclamer au bénéficiaire ou au tiers un remboursement total ou partiel de l'aide attribuée.

2.1.2. - Les aides pour faciliter l'accès aux soins et à la santé

2.1.2.1 Les aides en faveur d'une complémentaire santé

Les aides d'accès à une couverture complémentaire sont attribuées pour une durée de 12 mois.

Elles sont calculées de manière à laisser à l'assuré un montant contributif « supportable » de 10 € par mois pour les adultes et 5 € par mois pour les enfants (soit 120 € par an pour un adulte et 60 € par an pour un enfant).

● Complément à la complémentaire santé solidaire contributive (AMU)

Une aide financière à la partie contributive de la CSS peut être attribuée aux assurés sociaux les plus fragiles, pour éviter la rupture de couverture.

L'aide accordée est forfaitaire, fixée par tranche d'âge comme défini dans le tableau ci-dessous.

Âge du bénéficiaire	Montant de la contribution de la CSS	Montant de la participation attribuée
Assuré âgé de 29 ans et moins	8 € x 12 = 96 €	36 €
Assuré âgé de 30 ans à 49 ans	14 € x 12 = 168 €	48 €
Assuré âgé de 50 à 59 ans	21 € x 12 = 252 €	132 €
Assuré âgé de 60 à 69 ans	25 € x 12 = 300 €	180 €
Assuré âgé de 70 ans et plus	30 € x 12 = 360 €	240 €

Une aide pourra également être attribuée pour les assurés en situation de non-paiement de leur contribution CSS. En effet, une dette de deux mois de leur cotisation entraîne une coupure de droits CSS. L'ASS pourra donc intervenir pour solder cette dette afin d'éviter la rupture de couverture. L'ASS devra, dès réception de ce type de demande, prévenir le service des droits CSS et la comptabilité. Ces demandes seront systématiquement présentées en Commission. Cette aide sera alors réglée directement à la CCSS via Copernic.

● Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé pour les personnes au-delà du seuil de la CSS contributive (AFI)

Participation à la cotisation annuelle de la complémentaire santé des assurés dont les ressources sont supérieures au plafond d'attribution de la CSS contributive mais ne dépassent pas de plus de 70% le plafond d'attribution de la CSS non contributive.

Plafonds de ressources pour bénéficier de l'aide à la complémentaire santé (MAJ 01/04/2023)			
Nombre de personnes composant le foyer	Plafond de ressources CSS non contributive	Plafond de ressources CSS contributive	Plafond de ressources Effet de seuil* (= plafond CSS NC + 70%)
1 personne	809,89 €/mois	1093,35 €/mois	1377 €/mois
2 personnes	1214,84 €/mois	1640,03 €/mois	2065 €/mois
3 personnes	1457,81 €/mois	1968,04 €/mois	2478 €/mois
4 personnes	1700,77 €/mois	2296,05 €/mois	2891 €/mois
par personne suppl.	+ 323,95 €	+ 437,34 €	+ 551 €
*les montants sont arrondis	= droit à la CSS NC	= droit à la CSS contributive	= droit à une aide ASS



L'aide accordée est forfaitaire, fixée par tranche d'âge comme défini dans le tableau ci-dessous, tout en veillant à laisser à l'assuré le montant contributif de 120 € par an pour un adulte et de 60 € par an pour un enfant.

Âge du bénéficiaire	Montant de la participation attribuée
Assuré âgé de 29 ans et moins	100 €
Assuré âgé de 30 ans à 49 ans	200 €
Assuré âgé de 50 à 59 ans	300 €
Assuré âgé de 60 à 69 ans	400 €
Assuré âgé de 70 ans et plus	500 €

Les dossiers concernant une dette mutuelle ou faisant l'objet d'un rejet (pour dépassement de ressources par exemple) sont présentés en CASS.

L'ASS ne prendra pas en charge les contrats mutualistes qui ne sont pas «responsables» et ne donnent pas accès au dispositif «100 % santé».

Afin d'éviter la récurrence de ce type d'aide, à partir de 4 demandes d'aide à la mutuelle, le dossier sera systématiquement présenté en CASS et une aide dégressive pourra alors être octroyée (50 % de l'aide forfaitaire).

2.1.2.2 Les aides financières d'accès aux soins

● Hospitalisation (SEJ) (prestations ou frais hospitaliers non remboursables)

- Forfaits journaliers : la mutualisation de l'assuré (ou re-mutualisation) est une condition obligatoire à la prise en charge du FJ. Prise en charge du FJ à hauteur de 15 € par jour.

En l'absence de complémentaire santé, une orientation sera réalisée à l'attention de la MAS pour un accompagnement.

- Frais hospitaliers non remboursables (NR) : sur avis du service médical.

- Chirurgie de confort (esthétique) : pas d'intervention de l'ASS.

● Optique (SSO)

- Compte tenu de la prise en charge du panier « 100 % santé », l'action sanitaire et sociale ne prend plus en charge les équipements d'optique (verres + monture), sauf si l'assuré social apporte la justification médicale à un besoin d'équipement de classe B et obtient un avis médical favorable du service médical. Dans ce cas, la prise en charge de la monture est limitée à 100€.

- Chirurgie de confort (correction de la myopie) : pas d'intervention de l'ASS.

● Dentaire (SSD)

- Compte tenu de la prise en charge du panier « 100% santé », l'action sanitaire et sociale ne prend plus en charge les couronnes transitoires, couronnes définitives, appareils amovibles de transition et appareils amovibles à plaque base résine, sauf si l'assuré social apporte la justification médicale à un besoin d'équipement spécifique et obtient un avis médical favorable du service médical.

- Soins à tarif libre avec avis médical favorable : la participation se limite aux tarifs du centre de santé dentaire mutualiste de Gap s'ils existent (dans le cas contraire, la participation s'établit sur le devis présenté par l'assuré).



- L'aide globale dentaire est limitée à 1 500 €. Si les soins concernent 20 dents ou plus, celle-ci est portée à 1 700 €.

- Les travaux hors nomenclature (HN) ou non remboursables (NR) doivent faire l'objet d'une demande d'avis auprès du chirurgien-dentiste conseil de l'ELSM, sauf pour les soins de parodontie, les séances de sédation consciente sous MEOPA (gaz sédatif) permettant de soigner les enfants nécessitant de nombreux soins dentaires, et les séances de fluoruration, qui peuvent être considérés comme médicalement justifiés et ne nécessitent pas une interrogation systématique de l'ELSM.

- Pour les implants, une prise en charge forfaitaire est fixée comme suit :

- 1 implant (avec couronne) = 1 000 €

- 2 implants et plus = 1 500 € (l'aide ne pouvant dépasser le montant du reste à charge de l'assuré).

Pas de nouvelle aide pour implant possible avant 2 ans (à compter de la date de la commission ayant attribué l'aide).

- Les appareils amovibles à châssis métallique (stellite) - en RAC modéré dans le panier «100 % santé» - pourront continuer à être pris en charge dans la limite des tarifs du panier «100 % santé». Pas de nouvelle aide pour appareils amovibles possible avant 2 ans (à compter de la date de la commission ayant attribué l'aide).

- L'action sanitaire et sociale accepte de prendre en charge la prothèse plurale transitoire lorsqu'un bridge définitif sera prévu aux soins, dans la limite des tarifs du centre de santé dentaire mutualiste de Gap (si possible).

- Elle accepte de prendre en charge les prothèses plurales autres que celles en RAC 0 du panier «100 % santé», selon une participation basée sur :

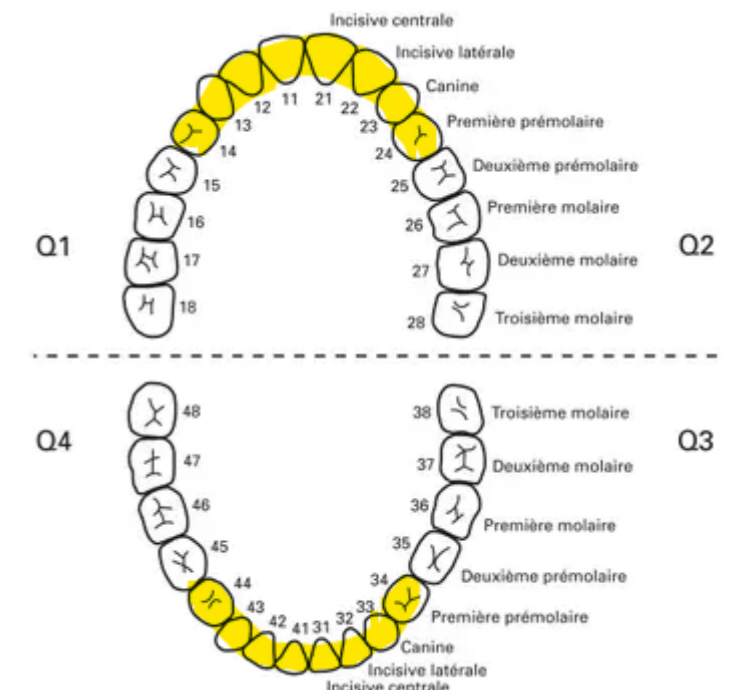
- La localisation des dents concernées : piliers et intermédiaires céramo-métal acceptés pour dents de devant, piliers et intermédiaires métalliques pour dents de derrières.

- Les tarifs RAC modéré du panier «100 % santé» : tarif du code HBLD040 pour un bridge concernant 1 dent de devant et 2 dents de derrière, tarif du code HBLD043 pour un bridge concernant 2 dents de devant et 1 dent de derrière et tarif du code HBLD227 pour un bridge concernant le remplacement de 3 dents de devant.

- Elle pourra prendre en charge les éléments supplémentaires du bridge prévus dans le plan de soin (au-delà du 3ème élément) dans la limite des tarifs du centre de santé dentaire mutualiste de Gap (si possible).

Sont retenues comme «dents de devant» les dents suivantes :
11, 12, 13, 14, 21, 22, 23, 24 / 31, 32, 33, 34, 41, 42, 43, 44.

Sont retenues comme «dents de derrière» les dents suivantes :
15, 16, 17, 18, 25, 26, 27, 28 / 35, 36, 37, 38, 45, 46, 47, 48.



● Orthodontie (SOR)

- Orthodontie moins de 16 ans : prise en charge limitée à 2 semestres de traitement et 1 an de contention au tarif du centre de santé dentaire mutualiste de Gap.

- Orthodontie plus de 16 ans : demande d'avis auprès du chirurgien-dentiste conseil de l'ELSM. Si la demande est médicalement justifiée, le montant de l'aide accordée sera limité au montant qui aurait été pris en charge pour un traitement enfant, soit 2 semestres + 1 année de contention au tarif du centre de santé dentaire mutualiste de Gap (sans que l'aide puisse dépasser le montant du reste à charge de l'assuré).



● Auditif (SSA)

- Compte tenu de la prise en charge du panier « 100 % santé », l'action sanitaire et sociale ne prend plus en charge les équipements auditifs, sauf si l'assuré social apporte la justification médicale à un besoin d'équipement de classe II et obtient un avis médical favorable du service médical. Dans ce cas, la prise en charge est limitée à 1000 € par oreille sans que l'aide ne puisse dépasser le montant du reste à charge de l'assuré. Pas de nouvelle aide pour appareil auditif possible avant 2 ans (à compter de la date de la commission ayant attribué l'aide).

● Pharmacie (SEP) (médicaments, fournitures et accessoires non remboursables...)

- L'avis du service médical est nécessaire sauf pour les semelles orthopédiques, considérées comme médicalement justifiées.

● Autre (AAF) (actes médicaux ou paramédicaux, biologie, psychothérapies...)

- Séances d'ostéopathie, d'acupuncture, de psychanalyse et d'EMDR (désensibilisation et retraitement par les mouvements oculaires) : pas de prise en charge de l'ASS.

- Séances de psychomotricité, ergothérapie, suivi psychologique, neuropsychologique et orthopédagogique :

- Prise en charge des bilans réalisés pour les enfants en difficultés.

- Prise en charge des suivis enfants «médicalement justifiés» ne pouvant être réalisés au CMPP, dans la limite d'un an, à condition que la famille ait déjà pris contact avec le CMPP.

- Prise en charge du suivi psychologique adulte «médicalement justifié» ne relevant pas du dispositif « MonPsy » dans la limite de 8 séances au coût de 30€. Pas de nouvelle aide possible.

- Pour les dépassements d'honoraires dans le cadre d'une chirurgie une aide forfaitaire égale à 50 % de la facture, dans la limite de 500 €, pourra être accordée.

2.1.2.3 Les prestations supplémentaires facultatives

Les prestations supplémentaires facultatives sont au nombre de 13 :

• Exonération du ticket modérateur (P01)

Conditions d'attribution : la mutualisation de l'assuré (ou re-mutualisation) est une condition obligatoire à la prise en charge du TM. En l'absence de complémentaire santé, une orientation sera réalisée à l'attention de la MAS pour un accompagnement.

• Complément aux frais de transport (P02)

- Conditions d'attribution : avis du contrôle médical nécessaire sur la justification médicale du traitement ou de l'examen.

- Les demandes d'indemnisation du transport aller/retour pour se rendre à un bilan au Centre d'Examen de Santé « Les Jonquilles », formulées par les usagers prioritaires (SDF, assurés de 16 à 25 ans, chômeurs, bénéficiaires du RSA, de la CSS ou d'un contrat aidé) ou présentant une fragilité sociale, seront prises en charge sur la base d'indemnités kilométriques ou du transport en commun

avec justificatif.

• Donneurs de substances organiques (P03)

• Frais d'hospitalisation ou de déplacement mère allaitante (P04) (prestation non soumise à condition de ressources)

• Perte de salaire pour enfant malade (P05) (prestation non soumise à condition de ressources)

• Indemnités journalières maternité (P06) (prestation non soumise à condition de ressources)

• Frais d'aide familiale (P07) (Prestation prise en charge par les CAF)

• Frais funéraires (P08)

Conditions d'attribution :

- En l'absence de capital décès.

- Pour les assurés propriétaires de leur logement ou disposant de biens fonciers, l'actif successoral doit être joint au dossier.

- Les avis d'imposition des enfants majeurs (même ceux vivant hors foyer) doivent être fournis.

- Pour toute personne extérieure au foyer formulant une demande, les ressources et charges du demandeur doivent être précisées.

- Le montant maximum de l'aide accordé est fixé à 600 €.

• Indemnité complémentaire réadaptation et rééducation professionnelle (P09)

• Cure thermale pour maladie nerveuse (P10) (en complément de la PS obligatoire "cure thermale")

• Complément du TM enfant de moins de 1 an (P11)

• Allocation décès (P12)

• Maladie chronique maintien à domicile (P13)

2.1.2.4 Les aides financières à caractère social

• Logement (DIL) (loyer, chauffage...)

• Alimentaire et vestimentaire (DIB) (frais de cantine, scolaire, vêtements...)

• Frais de scolarisation (DIS) (frais d'inscription, fournitures scolaires...)

• Taxes et impôts (DIT) (impôts, taxes, frais bancaires...)

• Attente de revenus de substitution (DIA) (attente du traitement des IJ, de la pension d'invalidité...)

• Absence brutale de revenus (DIN) (due par exemple à un arrêt maladie)

• Frais d'obsèques (DIO) (lors que la PS8 ne peut être servie, pour le décès d'un ayant droit par exemple)

• Autres difficultés (DIF)

Conditions d'attribution : les aides à caractère social font l'objet d'une enquête sociale préalable réalisée par le service social. Elles ne peuvent être servies que pour des difficultés financières ou une perte de revenus causées par la maladie ou l'invalidité.

Secours d'urgence :

Dans le cas d'une situation difficile présentant un caractère urgent, la Direction, par délégation du Conseil, peut exceptionnellement, entre deux commissions d'action sociale et sanitaire, accorder un secours d'urgence limité à 500 €. Le caractère d'urgence de la demande est attesté par le responsable du service social. La conformité administrative et la disponibilité budgétaire sont attestées par le responsable d'unité lors de la transmission du dossier à la direction.

2.1.3. - Les aides pour prévenir la désinsertion professionnelle (PDP)

Objectif de l'intervention de la CCSS

Les fonds d'Action Sanitaire et Sociale peuvent être utilisés dans le cadre de la PDP pour contribuer à lever les obstacles à la réinsertion professionnelle des personnes en arrêt de travail, notamment de longue durée, pour maladie, accident du travail ou maladie professionnelle.

Le recours aux fonds d'Action Sanitaire et Sociale trouve sa pleine application dès lors que les besoins rencontrés ne sont que partiellement ou pas couverts par l'AGEFIPH, notamment s'agissant des assurés sociaux non reconnus travailleurs handicapés ou en voie de reconnaissance.

Les aides de prévention de la désinsertion professionnelle ne sont pas soumises à ressources.

● **Bilan de compétence et action d'orientation professionnelle (BCP)** (bilans de compétence, dispositifs d'orientation et de remobilisation...)

Conditions d'attribution : les situations relevant du PSOP (prestation spécifique d'orientation professionnelle) sont examinées par la cellule départementale Prévention de la Désinsertion professionnelle (PDP). Celle-ci vérifie que les conditions d'accès au PSOP sont remplies et émet un avis sur :

- Le maintien des IJ
- L'inclusion dans le dispositif PSOP IJ
- L'affectation du PSOP IJ à l'organisme de formation retenu
- L'affectation du PSOP IJ sur fonds ASS CPAM

Les avis de la cellule départementale sont adressés au service ASS lorsque celui-ci est le financeur retenu.

● **Prime de fin de rééducation professionnelle (PFR)** (pour une victime d'accident du travail ou de maladie professionnelle ayant effectué un stage dans un centre de rééducation professionnelle)

La gestion du comité d'attribution de primes de fin de rééducation professionnelle relève du service DPT/RP. Ce dernier vérifie que la demande est en rapport avec un accident du travail ou une maladie professionnelle (AT/MP) et la transmet au service social de la CARSAT-SE pour enquête sociale.

Le dossier est ensuite soumis au Comité d'Attribution de Primes de Fin de Rééducation professionnelle, qui statue sur l'opportunité et le montant de la prime à verser, dans la limite de la ligne budgétaire prévue à cet effet.

Comme toute prestation extralégale accordée par la Caisse, il n'y a pas de voie de recours.



2.1.4. - Les aides pour accompagner le retour et le maintien à domicile

2.1.4.1 Les aides aux personnes en situation de handicap

La CCSS intervient en faveur des personnes handicapées sur sa ligne budgétaire « aide aux handicapés ». Celle-ci est dédiée prioritairement au Fonds Départemental de Compensation du Handicap (FDCH) et ponctuellement aux titulaires de la pension d'invalidité, aux bénéficiaires de l'allocation pour adultes handicapés et aux bénéficiaires de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé.



- **Logement (HLO)** (travaux d'accessibilité ou d'adaptation du logement)
- **Communication (HCO)** (ordinateurs, télé-agrandisseurs, loupes, appareil de synthèse vocale...)
- **Auditif (HPA)** (prothèses auditives, accessoires, frais de réparation et d'entretien...)
- **Déambulation et transport (HAT)** (fauteuils roulants, verticalisateurs, déambulateurs, aménagement de véhicule, aides animalières...)
- **Autres aides (HAU)** (dispositifs médicaux de maintien à domicile...)
- **Aide-ménagère à domicile (HAI)**

Conditions administratives :

Pour être éligible au FDCH, sans préjuger des décisions du comité de gestion, la personne devra être éligible à la PCH (enfant ou adulte), c'est-à-dire répondre aux critères de handicap de l'annexe 2-5 du Code de l'action sociale et des familles. Le fonds peut être sollicité quel que soit l'âge de la personne handicapée. Le handicap doit avoir été reconnu avant l'âge de 60 ans.

Sont exclues du champ d'application du FDCH les personnes bénéficiaires de l'Aide Personnalisée à l'Autonomie (APA).

Les usagers ne pourront bénéficier du FDCH qu'après :

- Avoir épuisé les droits, avantages et prestations auxquels ils peuvent prétendre (et en attester auprès du FDCH),
- Avoir élaboré un plan personnalisé de compensation du handicap avec l'équipe pluridisciplinaire d'évaluation de la MDPH, qui réalise un examen global des besoins.

Le FDCH participe au financement de toutes charges exceptionnelles liées au handicap (aménagements du logement, aides à la communication...). Ne sont pas recevables dans le cadre du FDCH les demandes d'aide humaine ainsi que les demandes spécifiques récurrentes, correspondant à des frais permanents et prévisibles liés au handicap.

Modalités d'octroi des aides :

La CCSS 05 contribue au FDCH dans le respect des critères propres à sa politique d'intervention en matière d'action sanitaire et sociale et d'aides individuelles, notamment par la prise en compte de la situation sociale des personnes handicapées (condition de ressources).

Conditions d'attribution :

Concernant le surcoût d'un séjour de vacances (HAU) : La participation de l'ASS est limitée à 25 € (pour les aides octroyées via le FDCH).

Concernant les aide-ménagères à domicile (HAI) : Sont exclus de ce dispositif les assurés retraités pris en charge par la CNAV, ainsi que les assurés pouvant bénéficier d'une prestation équivalente mise en œuvre par les pouvoirs publics ou des organismes de protection sociale.

Les interventions d'aide-ménagère à domicile en faveur des personnes handicapées sont prises en charge dans la limite de 80 heures par bénéficiaire, sur une durée limitée à un an (à compter de la date de début de prise en charge).

Participation basée sur le barème national CNAV (ce barème fixe le tarif horaire de l'aide-ménagère et le taux de participation de la Caisse selon le niveau de ressources du foyer. Il est réévalué chaque année et se substitue automatiquement au précédent le premier jour du mois suivant sa parution, sans application de rétroactivité) avec :

- Plafonds de ressources majorés de 100 €/mois par personne à charge pour les familles avec enfants.
- Aides au logement non prises en considération dans les ressources.
- Dernière tranche du barème = pas de participation.
- Participation horaire arrondie au ½ € supérieur entre 0,30 € et 0,49 € ainsi qu'entre 0,70 € et 0,99 €.

L'assuré ne pourra bénéficier que d'une seule prise en charge de ce type.

2.1.4.2 Les aides aux malades

Les prestations d'aide aux malades sont destinées à faciliter le retour à domicile des patients en situation de perte d'autonomie transitoire, soit à l'issue d'une période d'hospitalisation, soit en raison d'une pathologie grave ou d'un accident.

Aides aux patients atteints d'ALD en sortie d'hospitalisation :

- **Aide-ménagère en sortie d'hospitalisation (ASH)**
- **Produits et actes non remboursables en sortie d'hospitalisation (PSH)**

Aide aux patients atteints de maladie grave, d'accident ou de VIH :

- **Aide-ménagère autres maladie (AIM)**

Conditions d'attribution :

Sont exclus de ce dispositif les assurés retraités pris en charge par la CNAV, ainsi que les assurés pouvant bénéficier d'une prestation équivalente mise en œuvre par les pouvoirs publics ou des organismes de protection sociale.

La prescription de l'allocation aux adultes handicapés ou de la pension d'invalidité n'exclut pas la possibilité de bénéficier de ces prestations d'aide à domicile dès lors qu'il s'agit d'une affection temporaire n'ayant aucun lien avec le handicap ou l'invalidité qui entraîne l'ouverture du droit à l'allocation aux adultes handicapés ou à la pension d'invalidité.

Pour les demandes en sortie d'hospitalisation, la demande doit être formulée dans un délai de 15 jours maximum après hospitalisation.

- Première demande : prise en charge immédiate basée sur ressources déclaratives, limitée à 5 semaines d'intervention et 3 heures d'intervention par semaine (pour les aide-ménagères).
- Renouvellement : sur justificatifs de ressources et avis d'imposition.

Prise en charge globale limitée à 3 mois maximum et 40 heures d'interventions pour les aide-ménagères ou 500 € (part assuré + participation CPAM) pour les produits et actes NR.

Participation basée sur le barème national CNAV (ce barème fixe le tarif horaire de l'aide-ménagère et le taux de participation de la Caisse selon le niveau de ressources du foyer. Il est réévalué chaque année et se substitue automatiquement au précédent le premier jour du mois suivant sa parution, sans application de rétroactivité) avec :

- Plafonds de ressources majorés de 100 €/mois par personne à charge pour les familles avec enfants.



- Aides au logement non prises en considération dans les ressources.
- Dernière tranche du barème = pas de participation.
- Pour les aide-ménagères, participation horaire arrondie au ½ € supérieur entre 0,30 € et 0,49 € ainsi qu'entre 0,70 € et 0,99 €.

L'assuré ne pourra bénéficier que d'une seule prise en charge de ce type par an (à compter de la date de début de prise en charge).

Les prestations sont payées sur présentation des justificatifs d'intervention.

2.1.4.3 Les aides aux malades « PRADO »

Dispositif destiné aux patients hospitalisés pour interventions orthopédiques, entrant dans le champ du Programme d'Accompagnement à Domicile (PRADO).

- **Aides à la vie dispositif PRADO (PAD)**
- **Actes et fournitures dispositif PRADO (PFD)**

Conditions d'attribution :

L'aide à la vie consiste en une aide financière pour une prestation d'aide-ménagère (ménage, repas, courses) et/ou d'un portage de repas, exceptionnellement pour des frais de transport.

Cette prestation est activée sur signalement réalisé par le Conseiller d'Assurance Maladie (CAM) en collaboration avec l'équipe médicale et le service social de l'établissement hospitalier.

Les aides à la vie du dispositif PRADO sont réglementées par lettres-réseau (LR-DDO-181/2013, LR-DDOGS-54/2015 & LR-DDO-120/2022). Ces dernières s'appuient sur le barème de participation de la CNAV (qui fixe le tarif horaire de l'aide-ménagère et le taux de participation de la Caisse selon le niveau de ressources du foyer) avec :

- Plafonds de ressources majorés de 30 % jusqu'au 3^{ème} enfant et de 40 % à compter du 4^{ème} pour les familles avec enfants.
- Aides au logement non prises en considération dans les ressources.
- Dernière tranche du barème = pas de participation.

Première demande : prise en charge immédiate basée sur ressources déclaratives, limitée à 1 mois d'intervention.

Renouvellement : sur prescription médicale et avis d'imposition.

La prise en charge est limitée à 20 heures par mois, pendant 3 mois maximum.

2.1.4.4 Les aides aux malades en phase terminale

La CCSS intervient en faveur des personnes en phase terminale de leur maladie, admises en soins palliatifs.

- **Garde-malade à domicile (HAD)**
- **Matériel, fournitures ou produits non remboursables (SPL)**
- **Médicaments non remboursables (PPL)**

Conditions administratives :

Le dispositif est limité aux personnes malades, en phase évolutive ou terminale de leur maladie, prises en charge au titre d'un service d'hospitalisation à domicile, d'une équipe mobile de soins palliatifs ou d'un réseau spécialisé en soins palliatifs.

Il ne concerne pas les personnes âgées ne présentant pas de pathologie clairement définie ainsi que les assurés pouvant bénéficier d'une intervention similaire dans le cadre de la prestation spé-



cifique dépendance (APA...).

Cette prestation se définit comme une aide de dépannage et non comme une assistance continue. Il s'agit de permettre à l'entourage familial de faire face à une situation temporaire difficile.

Elle est activée sur signalement réalisé par le service d'hospitalisation à domicile, l'équipe mobile de soins palliatifs ou le réseau spécialisé.

L'analyse des ressources est limitée au dernier avis d'imposition. Dans le cas d'un changement de situation récent, du fait notamment de la maladie de l'assuré, l'étude des ressources peut porter sur les seuls 3 derniers bulletins de salaire.

Modalités d'octroi des aides :

Les aides en faveur des malades en phase terminale sont réglementées par circulaire (CIR-21/2003) et lettres-réseau (LR-DDO-191/2007 & LR-DDO-88/2008). Ces dernières fixent le taux et le plafond de participation selon le niveau de ressources.

Niveau de ressources	Personne seule (par an)				Couple (par an)				Participation maximale de la caisse	Plafond de pec pour la prestation garde-malade
	<	25 000 €			<	41 250 €				
Niveau 1	<	25 000 €			<	41 250 €			90 %	3 000 €
Niveau 2	de	25 000 €	à	37 500 €	de	41 250 €	à	50 000 €	85 %	2 600 €

Le plafond de ressources est majoré de 4 500 € par personne à charge (par an).

Le tarif horaire de l'intervention de garde-malade à domicile retenu est celui fixé par circulaire CNAV (réévalué chaque année).

2.2 Les aides individuelles famille



Conditions générales d'attribution :

Le présent règlement intérieur précise les conditions d'attribution des aides en faveur des familles pour l'année en cours, dans la limite des crédits disponibles.

En application des dispositions de la Caisse Nationale d'Allocations Familiales en date du 29 janvier 2014 (circulaire n°2014-006), les aides financières individuelles d'action sociale sont ouvertes aux allocataires qui assument la charge d'au moins un enfant et qui perçoivent une ou plusieurs prestations familiales ou sociales servies par la Caisse d'Allocations Familiales.

Dans le cadre du soutien à la parentalité, la Caisse Commune de Sécurité Sociale des Hautes-Alpes élargit son champ d'action en faveur des parents :

- Non-allocataires et non gardiens (notamment dans le cadre d'une séparation et du dispositif de résidence alternée sans partage des allocations familiales) ;
- Non-allocataires assumant la charge d'un seul enfant de moins de 18 ans, relevant du régime général ou assimilé.

Cependant, ne bénéficiant pas de Prestations, ils ne sont pas connus des services de la Caisse d'Allocations Familiales.

Ces situations seront appréciées au cas par cas par la CASS.

Les situations de handicap pourront être appréhendées de manière particulière. Le surcoût lié à la situation de handicap sera apprécié au cas par cas par la CASS.

Le Quotient Familial (QF)

Le QF retenu est celui issu de l'applicatif national de traitement des prestations familiales (Nims). La base de calcul est la suivante :

$$\text{QF} = \frac{1/12^{\text{ème}} \text{ des revenus retenus pour le calcul des prestations} + \text{prestations du mois}^{(1)}}{\text{Nombre de parts}^{(2)}}$$

(1) Le règlement intérieur de l'aide fixe la période de référence.

(2) 2 parts pour les parents ou allocataires isolés + 1/2 part par enfant, le 3^{ème} enfant et/ou l'enfant bénéficiaire de l'AEEH compte pour une part entière.

NB : Les prestations apériodiques et les régularisations ultérieures à l'étude des droits, avec effet rétroactif ne sont pas prises en compte, qu'il s'agisse de rappels ou d'indus (excepté en cas de fraude).

2.2.1 - Les aides au titre de l'accompagnement des familles

2.2.1.1 Les prêts d'honneur, secours aux familles et remises de dettes

La Caisse Commune de Sécurité Sociale des Hautes-Alpes peut attribuer des aides destinées à soutenir les familles confrontées à des événements difficiles et/ou des difficultés financières dans les champs d'action suivants :

• Faire face à des difficultés passagères liées à/au :

- Une naissance,
- Un handicap ou à la maladie d'un enfant,
- Décès d'un parent ou d'un enfant,
- Une séparation,
- Logement en complément du FSL.

• Soutenir la réalisation d'un projet :

Mobilité :

- Aide pour les frais de déplacements ou les dépenses liées :
 - à l'achat d'un véhicule plafonné à 2 000 €
 - à l'entretien/réparation d'un véhicule plafonné à 800 €
- Participation aux frais engagés pour l'obtention du permis de conduire.

Insertion :

- Prise en charge des frais de garde,
- Participation aux dépenses relatives aux frais de restauration,
- Intervention exceptionnelle pour atténuer le coût d'une formation.

Logement :

- Aide financière pour l'achat de meubles d'occasion, en parallèle des subventions octroyées par le FSL.

Naissance :

- Aide pour l'achat de matériel de puériculture.

Vacances :

- Aide pour un séjour vacances familles, dès lors qu'un événement fragilisant (divorce, séparation, veuvage) est intervenu,
- Prise en charge des frais de transports dans le cadre d'un premier départ,
- Aide pour un séjour vacances d'un enfant handicapé dans une structure adaptée.

• Prévenir l'endettement :

Aide liée à une difficulté passagère identifiée.

• Faciliter l'équipement informatique des familles allocataires.

Modalités d'intervention :

Les conseillers de la CSS des Hautes-Alpes souhaitent que soit privilégiée l'économie circulaire et solidaire plutôt que l'achat du neuf lorsque cela est possible.

Les prêts pour motifs de mobilité et de naissance feront l'objet d'une étude pour envisager la création éventuelle d'aides spécifiques.

Un prêt ne peut pas être attribué si un autre prêt de même nature est en cours.

La demande fait l'objet d'une évaluation sociale, elle sera accompagnée des justificatifs des frais



(devis, facture...).

L'attribution de l'aide est notifiée par courrier à l'allocataire qui devra être en mesure de fournir les justificatifs attestant l'utilisation des sommes versées.

Pour toute demande d'aide d'accès ou de maintien dans le logement, l'allocataire doit remplir les conditions suivantes :

- disposer de ressources supérieures au plafond du fsl
- et/ou ayant un QF qui ne dépasse pas 1 000 €.

Financement :

Les aides financières individuelles accordées sont réglées au tiers sur justificatif ou au bénéficiaire désigné par le travailleur social de la CCSS.

La CCSS se réserve le droit d'interrompre les aides susceptibles d'être attribuées, dans la mesure où les crédits inscrits au budget d'action sociale seront atteints.

Concernant les prêts pour difficultés financières, le remboursement s'effectue en 36 mensualités maximum, par prélèvements réalisés sur le montant des prestations familiales dû.

La première mensualité est retenue lors du paiement des prestations familiales du mois suivant celui du versement du prêt.

2.2.1.2 Les aides et l'accompagnement à domicile

Le financement de l'aide à domicile permet de prévenir des difficultés sociales, familiales et de santé, en maintenant l'équilibre et l'autonomie de la famille, en préservant les relations familiales et en favorisant son insertion dans la vie sociale, par l'intermédiaire de personnels qualifiés.

L'accompagnement parental est le fil conducteur de toute intervention d'aide et d'accompagnement à domicile et se caractérise par un besoin de soutien à l'éducation des enfants pour des parents confrontés à une difficulté passagère ou durable s'agissant du handicap.

Les interventions s'articulent autour de quatre thématiques :

- La périnatalité : l'arrivée d'un enfant (naissance, adoption)
- La dynamique familiale : L'ensemble des événements ou accidents de la vie nécessitant un réajustement ou une nouvelle organisation
- La rupture familiale : séparation, décès, incarcération
- L'inclusion : Insertion socio-professionnelle du mono-parent, inclusion dans son environnement d'un enfant porteur de handicap

Les interventions sont déléguées à un prestataire.

Les modalités de gestion de ces aides au fonctionnement font l'objet de réglementations nationales

2.2.2 - Les aides au logement

2.2.2.1 Les prêts d'équipements ménagers et mobiliers

Dans le but de faciliter et d'alléger les tâches de la famille, de faciliter leur inclusion numérique, des prêts d'équipement peuvent être accordés aux familles allocataires pour l'acquisition d'appareils ménagers, de mobiliers, literie et d'équipement informatique de première nécessité suivants :

- réfrigérateur, congélateur
- sèche-linge
- lave-linge
- lave-vaisselle
- aspirateur
- appareils de chauffage/rafraichissement ou de cuisson
- meubles de cuisine (buffet, table, chaises)
- armoire, bureau, lit, canapé lit, sommier, matelas
- matériel informatique (unité centrale, ordinateur portable, tablette, imprimante)
- pack puériculture : table à langer, poussette, siège auto coque.

Conditions d'attribution :

- Être bénéficiaire de l'action sociale.
- Avoir un quotient familial inférieur ou égal à 1 000 € au jour de la demande.
- Ne pas avoir un prêt de même nature en cours.
- Ne pas avoir de dossier de surendettement (à contrôler dans NIMS)
- Pour les allocataires sous tutelle/curatelle (hors MASP et MAJ), l'autorisation de contracter le prêt doit être complétée et signée par le tuteur ou le curateur sur le dossier de demande.

Le prêt peut couvrir l'achat de différents biens mais la prise en charge est plafonnée à 600 € par article.

Le montant du prêt ne peut excéder 1500 €.

La somme prêtée est versée directement aux fournisseurs (2 maximum) sur présentation d'une facture faisant mention du montant détaillé des achats.

Cette facture doit être :

- certifiée exacte par l'allocataire et le fournisseur.
- établie au nom de la CCSS «pour le compte de M.».
- détenue par la Caisse pendant la période de remboursement.

Le remboursement s'effectue en 36 mensualités maximum, par prélèvement sur les prestations versées par la CAF. A défaut d'indication sur le dossier de demande, le remboursement s'effectuera sur 36 mois.

En l'absence de versement de prestations par la CAF, l'allocataire s'engage à payer par prélèvement automatique chaque échéance restant due auprès de la Direction Comptable et Financière de la CCSS.

La Caisse se réserve le droit de ne pas accorder le prêt si la dépense paraît excessive eu égard aux revenus de la famille.

La famille bénéficiaire du prêt a la pleine jouissance du matériel acheté sous réserve d'en assurer l'entretien normal. La non-observation de cette clause entraînera, le cas échéant, la rupture du contrat.

La propriété du matériel ne sera acquise qu'une fois le prêt entièrement remboursé.



2.2.2.2 Les prêts « changement d'appartement »

Sur demande présentée par les travailleurs sociaux (diagnostic social et tous justificatifs nécessaires joints), un prêt « changement d'appartement » peut être alloué dans l'urgence à tout allocataire se trouvant dans l'obligation de changer d'appartement.

Ce prêt lui permet de régler la caution demandée et éventuellement le premier loyer.

Conditions d'attribution :

Cette intervention ne peut être effective que pour des dossiers non éligibles au Fonds de Solidarité du Logement.

Ce prêt, d'un montant maximum de 2 000 €, (frais d'agence inclus), est versé au bailleur. Une justification du montant de la caution doit être fournie.

Le remboursement s'effectue en 36 mensualités maximum, par prélèvement sur les prestations versées par la CAF.

La première mensualité est retenue lors du paiement des prestations familiales du mois suivant celui du versement du prêt.

En l'absence de versement de prestations par la CAF, l'allocataire s'engage à payer par prélèvement automatique chaque échéance restant due auprès de la Direction Comptable et Financière de la CCSS.

2.2.3 - Les aides aux temps libres

La réglementation des Aides aux Temps Libres et aux vacances s'exerce sur l'exercice civil incluant l'intégralité des vacances de Noël.

Pour bénéficier des aides, les parents doivent être allocataires de la Caisse Commune de Sécurité Sociale des Hautes-Alpes au mois d'octobre de l'année précédente, être bénéficiaires de prestations familiales et en avoir perçu des paiements. Ils doivent être ressortissants des régimes suivants : « régime général », « collectivité locale/hospitalière (non retraité) » ou « artiste auteur ».



• Enfants bénéficiant des aides

Sont éligibles aux aides aux vacances délivrées par la CCSS05 les enfants nés du 1er janvier N - 17 au 31 décembre N - 3, N étant l'exercice concerné par ce RIASS.

Dispositifs de ces aides :

Les aides aux temps libres sont attribuées :

- sous la forme papier : notification d'Aide aux Temps Libres pour les aides en accueil de loisirs ;
- sous la forme dématérialisées : dispositif Aide aux Vacances des Enfants (AVE) – dispositif de VACAF.

1. Les aides aux Temps libres pour l'accueil sans hébergement Montants attribués :

Montants 2024 proposés = ATL 2023 augmentés du taux d'inflation à 6 % arrondis à la dizaine de centimes supérieure

NATURE DU SÉJOUR	0 à 400 €	401 à 550 €	551 à 700 €	701 à 800 €
Accueil de loisirs 1 sans repas (ALSH)	6.50€/j	6.50 €/j	6.00 €/j	4.30€/j
Accueil de loisirs 1 avec repas (ALSH)	10.90€/j	10.90€/j	9.30€/j	7.80€/j

¹ Service Départemental de la Jeunesse de l'Engagement et du Sport

Conditions d'attribution :

Le séjour doit obligatoirement intervenir pendant les périodes de vacances scolaires.

Les Aides aux Temps Libres ne pourront excéder 30 journées, toutes formes confondues.

La durée d'un séjour doit être de 1 journée complète minimum par période de vacances scolaires. Il est possible de cumuler plusieurs formes de séjours.

Païement de l'aide :

L'aide est versée à la structure d'accueil. L'allocataire ne fait pas l'avance du montant de l'aide allouée par la CCSS des Hautes-Alpes. L'organisme de vacances déduit cette somme du coût total du séjour.

L'aide peut être payée exceptionnellement à l'allocataire sur production de l'ATL complétée, d'une facture acquittée et du récépissé de la SDJES.

Le montant de l'aide attribuée est limité au coût du séjour.

Pour obtenir le paiement, les organismes de vacances font parvenir à la CCSS des Hautes-Alpes :

- Les demandes d'Aides aux Temps Libres complétées, impérativement avant le 30 septembre pour les séjours des mois de juillet et août et dans un délai d'un mois suivant la fin de la

période de vacances,

- Un RIB ou RIP,
- La photocopie de la déclaration du séjour auprès de la SDJES.

La révision des droits :

Les bénéficiaires des Aides aux Temps Libres sont identifiés par une extraction des données issues de l'appli Cristal/Nims effectuée à partir de la situation du mois d'octobre N-1.

Lors de cette extraction, la situation de l'allocataire peut ne pas être à jour (éléments transmis tardivement, dossier en cours de traitement...), de ce fait certains allocataires n'ont pas été identifiés comme bénéficiaires de droit ou les droits attribués ne correspondent pas à ceux auxquels ils peuvent prétendre.

Lorsque la situation est connue, l'allocataire a la possibilité de demander une révision de droits des Aides aux Temps Libres auprès du service d'action sociale.

Les structures d'accueil permettant l'utilisation des Aides aux Temps Libres :

Les accueils de loisirs déclarés auprès de la SDJES :

Toutes les structures d'accueil doivent observer une obligation de neutralité philosophique, politique, syndicale ou confessionnelle.

2. L'Aide aux Vacances des Enfants : AVE - dispositif VACAF

Les bénéficiaires reçoivent, en début d'année, un imprimé nominatif par enfant ayant droit, les informant des aides aux temps libres dont ils peuvent bénéficier. La structure d'accueil aura un accès au site VACAF AVE où elle pourra consulter les droits et inscrire les enfants à un séjour avec hébergement.

Pour cela, elle devra être conventionnée avec VACAF et la CCSS05.

La facturation de la prise en charge de la CCSS05 sera effectuée par les services communs VACAF. Les familles paieront directement leur reste à charge à la structure d'accueil.

Cette aide est versée sur la base du nombre de jours de présence effective. Le montant de la prise en charge de la CCSS05 est limité aux frais engagés.

Types des séjours éligibles :

- Séjours de vacances 4 nuits/5 jours ;
- Séjours courts : 1 à 3 nuits / 2 à 4 jours ;
- Accueil de loisirs Séjours accessoires à un Alsh* avec hébergement de 1 à 4 nuits soit de 2 à 5 jours ;
- Accueil de jeunes Séjours accessoires à un Alsh* avec hébergement de 1 à 4 nuits soit de 2 à 5 jours ;
- Accueil de scoutisme ;
- Séjour sportif : Séjours 4 nuits / 5 jours ouverts aux mineurs licenciés (à minima pour la période du séjour), avec une déclaration en Préfecture comportant un projet éducatif et un projet pédagogique et respectant les autres conditions réglementaires associées.

* accueil de loisirs déclaré, accueil de jeunes conventionné éligibles à la prestation de service « accueils de loisirs sans hébergement », sont assimilés aux « séjours de vacances ».

Ces aides aux vacances des enfants ne sont pas attribuées pour les départs :

- en séjour linguistique ou gratuits
- en placement familial surveillé
- en classe verte, d'altitude ou de mer

- en gîte d'enfants, gîte rural ou gîte d'étape
- en colonie sanitaire
- en cure thermale
- en home d'enfants
- en camping, à l'hôtel ou en location, en pension complète et demi-pension.

Montants attribués :

Montants 2024 proposés = ATL 2023 augmentés du taux d'inflation à 6 % arrondis à la dizaine de centimes supérieure

NATURE DU SÉJOUR	0 à 400 €	401 à 550 €	551 à 700 €	701 à 800 €
Séjour de vacances ¹ Séjours accessoires déclarés	41.70€/j	33.20€/j	25.10€/j	16.80€/j

¹ Service Départemental de la Jeunesse de l'Engagement et du Sport

Conditions d'attribution :

Le séjour doit obligatoirement intervenir pendant les périodes de vacances scolaires.

Durée :

- Nombre de départ annuels autorisé : 7
- Nombre de journée minimum d'ouverture du droit pour un séjour AVE : 2
- Nombre de journée maximum d'ouverture de droit pour un séjour : 15 jours

Cumul avec les autres aides aux vacances :

Le cumul est autorisé avec l'ensemble des aides aux vacances accordées par la CCSS05.

Païement de l'aide :

L'AVE est plafonnée au montant du coût du séjour.

• Le Centre Collectif de Vacances de la Caisse à Saint- Cyr-sur-Mer (Var)

Les enfants issus de familles allocataires de la Caisse, âgés de 6 à 15 ans lors des sessions de vacances proposées, bénéficieront de tarifs préférentiels, d'une aide de la Caisse et d'une inscription prioritaire réservée jusqu'au 15 avril de chaque année.

Ces Aides sont accordées pour un seul ou deux séjours d'une durée totale et maximale de 14 jours durant les vacances estivales.

Cette aide spécifique est limitée à un nombre d'enfants défini annuellement. La Caisse se réserve la possibilité d'accepter l'inscription d'enfants au-delà de ce nombre selon des considérations sociales.

Le montant de l'AVE sera déduit par VACAF comme expliqué ci-dessus (point 2).

Cependant, les montants des aides accordées pour les séjours de Saint-Cyr seront de :

NATURE DU SÉJOUR	0 à 400 €	401 à 550 €	551 à 700 €	701 à 800 €
Séjour de vacances (colonie) La Clairière à Saint-Cyr-sur-Mer UCPA. Un ou deux séjours d'une durée maximale de 14 jours durant les vacances estivales	64.20€/j	62.20€/j	53.50€/j	46.70€/j

La différence de l'aide totale et de l'aide AVE fera l'objet d'une subvention versée à posteriori à l'UCPA sur la base des états de présence.

2.2.4 - Les aides aux vacances en famille



• Les aides au départ en vacances des familles : Dispositif AVF de « VACAF »

L'aide est une participation financière accordée aux familles qui séjournent dans des centres familiaux ou des campings labellisés VACAF.

La Caisse Commune de Sécurité Sociale des Hautes-Alpes a adhéré au service commun des Caisses d'Allocations Familiales appelé VACAF.

Ce service propose différentes formules de vacances :

- en Centre Familial de Vacances labellisé VACAF (pension complète, demi-pension, gîte, location),
- en camping labellisé VACAF (emplacement, mobil-home).

Tout allocataire auprès de la Caisse Commune de Sécurité Sociale des Hautes-Alpes, peut s'adresser au service VACAF afin de s'informer des différents séjours proposés et de l'aide éventuellement allouée par notre organisme.

Le Conseil de la Caisse Commune de Sécurité Sociale des Hautes-Alpes arrête chaque année une enveloppe budgétaire limitative affectée à VACAF, pour l'Aide aux Vacances des Familles.

Lorsque les fonds réservés à VACAF sont épuisés, aucune aide ne pourra plus être allouée.

Conditions d'attribution :

L'aide est calculée par référence au quotient familial de l'allocataire, en pourcentage du coût du séjour dans la limite des durées maximales de 8 jours et de 7 nuits, quelle que soit la durée du séjour.

Le quotient familial retenu est celui du mois d'octobre 2023 pour l'ouverture de droits pour l'année 2024.

	QUOTIENTS FAMILIAUX			
	0 à 400 €	401 à 550 €	551 à 700 €	701 à 800 €
Pourcentage de prise en charge par la CCSS 05	80 %	60 %	30 %	20 %

Le montant de l'aide est plafonné à 1 200 €.

L'aide est versée par le service VACAF directement à l'établissement de vacances auprès duquel l'allocataire a procédé à la réservation du séjour.

Pour les allocataires ayant des enfants scolarisés, le séjour doit intervenir impérativement durant les vacances scolaires.

L'aide est versée pour un seul séjour d'une durée minimum de sept jours, au titre de la personne allocataire, de son conjoint et des personnes à charge au sens des prestations familiales au 31 octobre 2023.

• L'aide au transport

Cette aide vient en complément de l'Aide aux Vacances Familles (AVF) et participe au financement du séjour estival, quel que soit le mode de transport choisi.

Cette aide locale prévoit le versement d'une subvention forfaitaire selon la distance entre le lieu de résidence et la destination de vacances, pour des familles ayant un QF de référence ne dépassant pas un plafond de QF de référence (800 € pour 2024).

Le quotient familial retenu est celui du mois d'octobre 2023 pour l'ouverture de droits pour l'année 2024.

Pour bénéficier de l'Aide au transport, la famille doit obligatoirement :

- Avoir un QF de référence entre 0 et 800 €,
- Réserver votre séjour AVF (Aide aux Vacances Familiales) dans une structure labellisée VACAF (liste sur www.vacaf.org),
- Verser des arrhes ou un acompte permettant à la structure de vacances de confirmer le séjour sur le site de gestion VACAF,
- Réaliser ce séjour pendant la période estivale, soit à partir du 6 juillet et jusqu'au 1^{er} septembre 2024 au plus tard,

Le montant de cette aide est calculé en fonction de la distance (trajet aller ; distance la plus courte sur openstreetmap) entre le lieu de résidence et la destination de vacances selon le barème suivant :

- l'aide sera de 100 € pour une distance comprise entre 200 et 400 kms,
- l'aide sera de 200 € pour une distance supérieure à 400 kms.

Cette aide est accordée dans la limite des fonds disponibles.

• L'aide aux vacances sociales : Dispositif AVS de « VACAF »

Les séjours AVS s'adressent à des familles fragilisées par un événement de vie nécessitant un accompagnement social pour concrétiser leur projet de départ en vacances.

Cet accompagnement est assuré par le travailleur social avant, voire pendant et après le séjour. Ainsi le travailleur social et la famille construisent ensemble le projet de vacances.

Cet accompagnement pourra être effectué par les travailleurs sociaux de la CCSS05 dans le cadre de leurs missions.

Une réflexion sur l'élargissement du partenariat pour l'utilisation de cette formule de vacances sera réalisée pour le RIASS 2025.

Conditions d'attribution :

Les familles doivent être bénéficiaire de l'aide aux vacances en familles du dispositif VACAF (AVF).

Pour bénéficier de l'aide « AVS », la famille doit obligatoirement avoir un QF de référence compris entre 0 et 800 €.

Le quotient familial retenu est celui du mois d'octobre 2023 pour l'ouverture de droits pour l'année 2024.

La famille bénéficie d'un seul séjour d'une semaine (8 jours et 7 nuits) par an.

Le séjour doit obligatoirement être effectué lors des périodes de vacances scolaires dès lors qu'un enfant est soumis à l'obligation scolaire.

Cette aide n'est pas cumulable avec un séjour AVF.

Cette aide est cumulable avec les autres aides en direction des enfants.

Modalités :

Lors de l'entretien avec la famille, le travailleur social procède à la réservation du séjour auprès du service AVS de VACAF.

La famille envoie directement son règlement à l'organisme de vacances.

Participation de la CCSS05 :

La participation financière de la CCSS05 s'élève à 90% maximum en fonction de l'évaluation du travailleur social dans la limite du budget alloué à cette aide.

Compte tenu du caractère spécifique de cette formule, ces demandes seront présentées en CAS.

Gestion des réclamations des séjours effectués par le dispositif VACAF (AVF et AVS) :

Toute réclamation relevant d'un impayé, d'incivilité ou de séjour non effectué est du ressort de la CCSS05.

À ce titre, seront considérés comme fautifs les comportements suivants :

- une annulation injustifiée du séjour,
- le non-respect des consignes de sécurité et des règles d'accueil de centre de vacance lors du séjour,
- un fait dommageable pouvant avoir un impact sur l'octroi d'une aide aux vacances familiales.

Le fait dommageable s'entend au sens des article 1240 et suivants du code civil : il peut trouver son origine dans un comportement personnel ou résulter des agissements d'un tiers ou d'une chose dont le bénéficiaire doit répondre,

- tout comportement ayant causé une atteinte aux biens et ou aux personnes (dégradations, injures) signalée par la structure labellisée.

Toute sanction administrative est adaptée et proportionnées à la gravité du comportement reproché.

Les sanctions susceptibles d'être prononcées sont les suivantes :

1. La notification d'un avertissement.

Cet avertissement rappelle les règles d'utilisation de l'aide aux vacances familiales et/ou d'accueil du séjour dans les centres labellisés.

Cette sanction n'affecte pas les droits du bénéficiaire potentiel de l'aide aux vacances familiales.

2. Une décision de suspension d'octroi de l'aide aux vacances familiales au titre du dispositif Vacaf, pour une durée fixée en fonction de la gravité des faits et qui ne saurait excéder 36 mois à compter du signalement opéré par la structure labellisée.

3. Le remboursement de l'aide versée au centre de vacances par le bénéficiaire dans la limite de 1 200 € qui est le montant max pouvant être accordé par la CCSS 05.

2.2.5 - Les aides à la formation BAFA

Les aides au BAFA contribuent au financement de la formation. Elles permettent de favoriser l'accès à la formation

L'aide à la formation BAFA peut être versée au titre des fonds nationaux ou locaux.

L'aide CNAF s'adresse à tous les jeunes à partir de 16 ans allocataires ou non, tandis que l'aide locale ne concerne que les allocataires et est attribuée en complément de l'aide nationale.

• Contribution nationale à la formation BAFA

L'aide est accordée sous forme de subvention sans condition de ressources.

La demande est adressée dans un délai maximum de trois mois suivant la date d'inscription au stage d'approfondissement.

Le montant de l'aide est de 200 € pour le stage d'approfondissement ou qualification.

• Contribution locale à la formation BAFA

Les critères d'attribution de l'aide locale :

- Être Bénéficiaire de prestations familiales dans condition de ressources
- Formuler une demande au moyen du formulaire et la CCSS
- L'aide concerne la session de formation générale

Le montant de l'aide dépend du reste à charge du stagiaire dans la limite de 200 €.

L'aide est versée à l'allocataire, sur production du formulaire de la CCSS et des pièces justificatives sollicitées.



GLOSSAIRE

AAH	= Allocation Adulte Handicapé
ACTP	= Allocation Compensatrice pour Tierce Personne
AEEH	= Allocation Éducation Enfant Handicapé
AFC	= Aides financières collectives
AFI	= Aides financières individuelles
ALD	= Affection Longue Durée
AME	= Aide Médicale d'État
APA	= Aide Personnalisée à l'Autonomie
ASF	= Allocation de Soutien Familiale
ASS	= Action Sanitaire et Sociale
AT	= Accident du Travail
ATL	= Aides aux Temps Libres
BAFA	= Brevet d'Aptitude aux Fonctions d'Animateur
BCP	= Bilan de Compétence et Actions d'orientation Professionnelle
CAF	= Caisse d'Allocations Familiales
CAPFR	= Comité d'Attribution de Primes de Fin de Rééducation
CARSAT-SE	= Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail du Sud-Est
CASS	= Commission d'Action Sanitaire et Sociale
CCSS	= Caisse Commune de Sécurité Sociale
CDSF	= Comités Départementaux des Services aux Familles
CER	= Contrat d'Engagement Républicain
CES	= Centre d'Examen de Santé
CNAF	= Caisse Nationale d'Allocations Familiales
CNAM	= Caisse Nationale d'Assurance Maladie
CNAV	= Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse
CPAM	= Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CSS	= Complémentaire Santé Solidaire
CTG	= Convention Territoriale Globale
DCF	= Direction Comptable et Financière
ELSM	= Echelon Locale du Service Médical
FDCH	= Fonds Départemental de Compensation du Handicap
FJ	= Forfait journalier
FME	= Fonds de Modernisation des Établissements d'accueil de jeunes enfants
FSL	= Fonds de Solidarité Logement
IJ	= Indemnités journalières

IRPSTI	= Instance Régionale de la Protection Sociale des Travailleurs Indépendants
MAM	= Maisons des Assistants Maternels
MAS	= Mission d'Accompagnement Santé
MDPH	= Maison Départementale des Personnes Handicapées
MNC	= Mission Nationale de Contrôle
MTP	= Majoration Tierce Personne
PCH	= Prestation de Compensation du Handicap
PDP	= Prévention de la Désinsertion Professionnelle
PFR	= Prime de Fin de Rééducation
PIAJE	= Plan d'Investissement pour l'Accueil du Jeune Enfant
PRADO	= Service de retour à domicile
PSOP	= Prestation Spécifique d'Orientation Professionnelle
QF	= Quotient Familial
RAC	= Reste à charge
RIASS	= Règlement intérieur d'Action Sanitaire et Sociale
RSA	= Revenu de Solidarité Active
SDJES	= Service Départemental à Jeunesse, à l'engagement et aux Sports
SDSF	= Schémas Départementaux des Services aux Familles
TM	= Ticket modérateur

CODES DES PRESTATIONS EXTRALÉGALES SANTÉ

Prestations supplémentaires :

P01 à 13	Prestations supplémentaires (ticket modérateur, frais de transport, frais d'obsèques...)
----------	--

Aides financières individuelles d'accès aux soins :

SSO	Optique
SOR	Orthodontie
SSD	Dentaire
SSA	Auditif
SEP	Pharmacie, matériel médical
SEJ	Soins séjours hospitaliers
AAF	Soins autres

Aides d'accès à une couverture complémentaire :

AMU	Complément à la CSS
AFI	Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé

Aides financières individuelles à caractère social :

DIL	Logement
DIB	Besoins alimentaires et vestimentaires
DIS	Frais de scolarisation
DIT	Taxes et impôts
DIA	Attente de revenus de substitution
DIN	Absence brutale de revenus
DIO	Frais d'obsèques
DIF	Autres difficultés

Aides de prévention à la désinsertion professionnelle :

PFR	Prime de fin de rééducation professionnelle
BCP	Bilan de compétence et action d'orientation professionnelle

Aides aux personnes handicapées :

HLO	Aides au logement
HCO	Aides à la communication (hors prothèses auditives)
HPA	Auditif
HAT	Aides à la déambulation
HAU	Autres aides
HAI	Aide humaine

Aides aux malades en phase terminale :

HAD	Garde-malade à domicile
SPL	Fournitures et produits
PPL	Médicaments

Aides aux malades en sortie d'hospitalisation :

ASH	Aide-ménagère en sortie d'hospitalisation ALD
PSH	Produits et actes non remboursables en sortie d'hospitalisation ALD
AIM	Aide-ménagère autres malades
PAD	Aide-ménagère dispositif PRADO
PFD	Actes et fournitures dispositif PRADO

Subventions aux associations :

SUB	Subventions aux associations
-----	------------------------------

Caisse commune de Sécurité sociale des Hautes-Alpes
10 Boulevard Georges Pompidou
05000 GAP