



FEDERATION NATIONALE DES ASSOCIATIONS DES SAPEURS POMPIERS DE PARIS

AIDE DE PRESENCE AUPRES D'UN PROCHE HOSPITALISE

La commission entraide solidarité de la F.N.A.S.P.P. propose aux adhérents dans le besoin l'aide suivante.

1. Aide ponctuelle pour une hospitalisation d'un proche (époux, épouse, pupilles, enfants scolarisé, étudiant ou apprenti jusqu'à l'âge de 18 ans, concubin)
2. Cet aide porte sur un défraiement ponctuel sur une présence auprès d'un hospitalisé.
3. Cette aide peut s'effectuer sur une participation aux frais d'hôtellerie pour une durée de 5 nuitées (foyers d'accueils hospitalier liste à votre disposition à la fédé ou auprès d'un membre de la commission). Elle vient en complément de la participation assurances obligatoires et complémentaires.
4. Le barème applicable est le suivant :

a.	Adhérents	T1	base 100%	(RABIPP < à 5 853 €)
b.	Adhérents	T2	base 70%	(RABIPP < à 9 146 €)
c.	Adhérents	T3	base 60%	(RABIPP < à 14 645 €)
d.	Adhérents	T4	base 50%	(RABIPP < à 27 440 €)
e.	Adhérents	T5	base 40%	(RABIPP > à 27 440 €)

Exemple : Un foyer de 3 personnes ayant un Revenu global de 45 650 €. Le RABIPP sera de $45\,650 / 3 = 15\,216$ € soit la tranche tarifaire T4. (inférieur à 27 440 € supérieur à 14 465 €)
Soit pour des frais de séjour s'élevant à 200 € le remboursement sera de 50% soit 100 €

5. Le barème des tranches est calqué sur les barèmes appliqués par l'A.D.O.S.S.P.P.. Il est donc révisable annuellement.

6. Afin de bénéficier de cet aide, l'adhérent doit faire parvenir, au président de la commission entraide solidarité, dans un délai de un mois après la date des frais les formulaires suivants:

- a. Copie de la note de frais d'hébergement.
- b. Certificat médical attestant de l'hospitalisation de la tierce personne.
- c. Copie de la feuille d'imposition ou de non imposition. (pour les concubins il doit y avoir les 2 déclarations)
- d. Certificat de scolarité ou d'apprentissage.
- e. Attestation de frais F.N.A.S.P.P. (pièce jointe)

7. Toutes ces pièces devront obligatoirement transiter par l'intermédiaire du président de groupement ou de l'amicale.



ATTESTATION DE FRAIS

D'AIDE A LA PRESENCE HOSPITALIERE

Appartenance du demandeur :

Groupement ou amicale :

Nom de l'adhérent :Prénom :N° fédéral :

Nom et n° Adhérent de l'organisme d'assurance
complémentaire.....

Identité de la personne hospitalisée :

Nom :Prénom :Filiation :

Date de Naissance :

Nom et n° Adhérent de l'organisme d'assurance complémentaire (Si différent du demandeur)
.....

Lieu de l'hospitalisation :

Hôpital clinique (adresse complète).....

.....Dates du
séjour imputable aux frais :du.....au.....

Formulaires à joindre :

- Copie de la note d'hébergement (hôtel base 2 étoiles ou centre de soins).
- Certificat médical attestant l'hospitalisation.
- Copie de la feuille d'imposition ou de non imposition.
- Certificat de scolarité ou d'apprentissage.

Fait à : Le:.....

Signature du président de groupement
Tampon du groupement obligatoire

Signature du demandeur

Tableau réservé à la FNASPP

Barème applicable :Montant RABIPP :Somme allouée :€.....

Fait à Paris le : Le Président de la commission :