

BAFA, AFPS, BNPS, SB, BNSSA

Les conditions d'attribution de l'ensemble de nos prestations sont précisées dans le règlement d'administration intérieur.

Les prestations sont soumises à l'ancienneté coopérative du salarié et à une durée minimale de cotisations de la Scop à l'Union Sociale.

Les prestations ne peuvent plus être demandées au-delà d'un délai de 6 mois après le début de l'évènement.

Vous trouverez l'ensemble des documents dans l'onglet Documents demandés (Web ou courrier) de notre site Internet : www.union-sociale.coop.

BAFA, AFPS, BNPS, SB, BNSSA :

CONDITIONS D'ATTRIBUTION :

- 6 mois de cotisation de la Scop (Scic, CAE),
- 6 mois d'ancienneté coopérative,
- Le bénéficiaire a entre 16 et 20 ans au cours de l'année scolaire,
- Toute l'année,
- Pour les formations BAFA, toutes les sessions,
- Le bénéficiaire est à charge fiscalement.

JUSTIFICATIFS À FOURNIR :

- Copie de l'avis d'imposition de l'année précédente,
- Facture détaillée acquittée de l'organisme (Nom du jeune, dates de participation, montant),
- S'il s'agit de votre première demande de prestation à l'Union Sociale, merci de nous faire suivre également une copie de votre livret de famille, un RIB et l'accord de protection des données (document à compléter).

Faire sa demande :

- **Par internet (web) :** vous effectuez vos demandes de prestations via votre espace privé du site de l'Union Sociale en vous connectant avec votre identifiant et votre mot de passe. Nous vous invitons à scanner ou télécharger les justificatifs avant de faire votre demande.
- **Par courrier :** si vous n'avez pas accès à internet, vous pouvez envoyer vos demandes par courrier. Afin de faciliter le traitement numérisé de vos demandes, merci d'utiliser les formulaires et ne pas agraffer les documents papier.

Suivi de votre demande :

Vous pouvez suivre vos demandes dans votre espace privé du site de l'Union Sociale.

- **Si votre dossier est complet,** la demande s'affiche en vert. La prestation vous est versée dans les plus brefs délais.
- **Si votre dossier est incomplet,** la demande s'affiche en jaune. Un mail précisant les pièces manquantes vous est adressé ainsi qu'à votre Scop (Scic, CAE). Ces éléments doivent nous parvenir dans un délai de 15 jours.
- **Si votre demande est refusée,** la demande est affichée en rouge. Un mail précisant le motif vous est adressé ainsi qu'à votre Scop (Scic, CAE). Après un délai de 3 semaines, les demandes rejetées ou incomplètes sont supprimées.

Nous espérons
que vous aurez vécu de bons moments.

IMPORTANT

PROTECTION DES DONNÉES

(coopérateur uniquement)

À nous adresser avec une demande de prestation

Le règlement européen sur la protection des données (RGPD- règlement UE 2016/679 du 27 avril 2016), entré en vigueur depuis le 25 mai 2018, impose de nouvelles obligations aux structures qui ont recours à un traitement informatique de données à caractère personnel.

Ce règlement s'applique au traitement des données que l'Union Sociale des Scop et des Scic collecte pour gérer les œuvres sociales du mouvement coopératif.

Aussi, nous vous remercions de nous donner votre accord pour conserver les données personnelles que vous nous transmettez pour bénéficier de nos prestations.

Nous vous informons que l'accès aux prestations ne sera possible que si l'on peut enregistrer les données personnelles nécessaires au traitement de vos demandes et les conserver.

Dans le cas contraire nous ne pourrons pas vous attribuer nos prestations.

Nous tenons à vous informer que ces données restent strictement confidentielles et ne sont exploitées que par nos services. En aucune manière elles ne sont diffusées et nous avons pris toutes les mesures en vigueur pour qu'elles ne soient pas divulguées.

Notre système informatique est protégé des attaques malveillantes.

Merci de nous renvoyer ce document

en apposant en manuscrit votre signature précédée de la mention suivante :

« J'accepte que l'Union Sociale des Scop et des SCIC conserve mes données personnelles aux fins de traiter uniquement mes demandes de prestations »¹.

Vous avez la possibilité de vous rétracter en adressant à l'Union Sociale des Scop et des Scic un courrier demandant que vos données personnelles soient détruites.

Nom et Prénom du coopérateur :

NOM :

PRÉNOM :

Nom de la Scop ou de la SCIC

NOM :

¹ ***mention manuscrite à rajouter :*** _____

SIGNATURE DU OU DE LA SALARIÉ(E)

DATE : / /

INFORMATIONS CONCERNANT LA SCOP OU LA SCIC

N° CONFÉDÉRAL :	<input type="text"/>	DATE D'ADHÉSION :	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>
IDENTITÉ SOCIÉTÉ :	<input type="text"/>						
NOM DU RESPONSABLE SIGNATAIRE DES DEMANDES DE PRESTATIONS :	<input type="text"/>						
ADRESSE POSTALE	<input type="text"/>						
COMPLÉMENT D'ADRESSE :	<input type="text"/>						
CODE POSTAL :	<input type="text"/>	VILLE :	<input type="text"/>				
ADRESSE MAIL :	<input type="text"/>						
@	<input type="text"/>						
N° DE TÉLÉPHONE DU RESPONSABLE :	<input type="text"/>						

INFORMATIONS CONCERNANT LE SALARIÉ (LE BÉNÉFICIAIRE) DE LA SCOP OU DE LA SCIC

NOM :	<input type="text"/>									
PRÉNOM :	<input type="text"/>	DATE DE NAISSANCE :	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>			
ADRESSE POSTALE	<input type="text"/>									
COMPLÉMENT D'ADRESSE :	<input type="text"/>									
CODE POSTAL :	<input type="text"/>	VILLE :	<input type="text"/>							
ADRESSE MAIL :	<input type="text"/>									
@	<input type="text"/>									
DATE D'ENTRÉE :	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>		<i>Si temps partiel, durée de travail hebdomadaire</i>	<input type="text"/>	<i>ou Mensuelle</i>	<input type="text"/>

SIGNATURE DU REPRÉSENTANT
ET TAMPON DE LA SCOP OU DE LA SCIC

DATE DE LA DEMANDE :

BAFA, AFPS, BNPS, SB, BNSSA

40/42

page 2/2

VOUS AVEZ PRIS CONNAISSANCE DU RÈGLEMENT INTÉRIEUR ET DES PIÈCES À FOURNIR

CONDITIONS D'ATTRIBUTION :

- 6 mois de cotisation de la Scop (Scic, CAE),
- 6 mois d'ancienneté coopérative,
- Le bénéficiaire a entre 16 et 20 ans au cours de l'année scolaire,
- Toute l'année,
- Pour les formations BAFA, toutes les sessions,
- Le bénéficiaire est à charge fiscalement.

BAFA, AFPS, BNPS, SB, BNSSA, COMPLÉTEZ L'ATTESTATION CI-DESSOUS

PARENTS : LE OU LA SALARIÉ(E)

NOM :

PRÉNOM :

ENFANTS ENTRE 16 ET 20 ANS AU COURS DE L'ANNÉE SCOLAIRE :

NOM :

PRÉNOM : DATE DE NAISSANCE : / /

NOM :

PRÉNOM : DATE DE NAISSANCE : / /

NOM :

PRÉNOM : DATE DE NAISSANCE : / /

NOM :

PRÉNOM : DATE DE NAISSANCE : / /

À fournir impérativement :

Copie de l'avis d'imposition de l'année précédente,
Facture détaillée acquittée de l'organisme (Nom du jeune, dates de participation, montant).

À fournir lors de votre première demande de prestation :

S'il s'agit de votre première demande de prestation à l'Union Sociale, merci de nous faire suivre également une copie de votre livret de famille, un RIB et l'accord de protection des données (document à compléter).

SIGNATURE DU OU DE LA SALARIÉ(E)

DATE DE LA DEMANDE :

/ /