

AIDE AU REMPLACEMENT SUR L'EXPLOITATION

Motif « vacances »

Documents à retourner à votre Service de Remplacement qui le transmettra à la MSA
 - Dans un délai maximum de 3 mois à compter de la date de la facture -

Intervention effectuée pour :

NOM, Prénom : _____

Adresse : _____

N° d'immatriculation : _____

Statut : Chef d'exploitation ☐ Conjoint collaborateur ☐ Aide familial ☐

Votre revenu fiscal de référence 2022 : _____ €
 (Figurant sur l'avis fiscal 2023 sur les revenus 2022)

Montant du Quotient Familial : _____ €
 (Pour le mois de novembre 2024 disponible via le service en ligne de votre espace privé MSA)

Renseignements concernant votre ou vos séjours de vacances :

	Date de début	Date de fin	Lieu du séjour
Séjour			
Séjour			

(2 jours consécutifs minimum – 8 jours maximum par année civile)

Attestation de réalisation des interventions du service de remplacement sur votre exploitation :

Nom du/des remplaçant(s)	Date de remplacement	Nombre de jours d'intervention	Nombre d'heures réalisées

L'aide est de **20 €** par jour sur la base effective d'une journée de 8 heures.

Pour toute durée inférieure (journée de 7 heures, demi-journée, etc.), le calcul de l'aide se fait sur la base de **2,50 €** par heure.

	Nombre (jours ou heures)	Prix unitaire	Total
Coût total du remplacement			
Aide socle MSA			
Aide complémentaire MSA			
Autre(s) financement(s) <i>préciser l'identité du (des) financeur(s)</i>			
Reste à charge de l'exploitant			

Justificatifs à fournir obligatoirement :

- Imprimé spécifique de demande d'aide complété et signé par l'exploitant agricole,
- Facture détaillée faisant apparaître le coût total du remplacement, les différents financements et le reste à charge effectif,
- Justificatif de séjour (uniquement pour l'aide complémentaire).

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur cette demande.

Je m'engage :

- à signaler toute modification de ma situation et celle de mon conjoint,
- à faire connaître toutes les modifications de ma situation au regard de l'APA, de l'ACTP, de la PCH, et de la MTP,
- à régler à la Caisse de MSA les sommes éventuellement versées à tort,
- à faciliter toute enquête.

J'accepte que mon dossier et l'ensemble des informations qu'il comporte soient transmis à un autre organisme conventionné avec la Caisse pour permettre l'instruction de ma demande.

Mentions relatives à la protection des données : les informations recueillies dans ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par la Caisse de Mutualité Sociale Agricole Ardèche Drôme Loire dont la finalité est le traitement de mon dossier de demande d'aide au remplacement. La base de traitement est l'intérêt légitime et l'intérêt public.

Les informations sont conservées pendant 5 ans et sont destinées au service d'action sanitaire et sociale en charge des prestations extralégales.

Conformément à la loi « informatique et libertés » vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier en contactant : le Délégué à la protection – MSA ADL – 43, avenue Albert Raimond - 42275 ST PRIEST EN JAREZ.

- ☐ Je confirme avoir pris connaissance de mes droits et autorise la Caisse de MSA ADL à utiliser mes données dans le cadre de cette finalité.

Fait à :

Le ____ / ____ / ____

Signature :

*La loi rend passible d'amende et d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (art. 377-1 du code de la sécurité sociale, arts. 313-1, 313-3, 433-19, 441-1 et 441-7 du code pénal).
La loi n°78-17 du 6 janvier 1978 vous garantit un droit d'accès et de rectification pour les données que nous enregistrons à partir de vos réponses*

Le Service de Remplacement	
Cachet	Nom, prénom, fonction et signature :