

## AIDE AU REMPLACEMENT SUR L'EXPLOITATION

### Motif « maladie » ou « accident du travail »

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 ☐

#### Renseignements concernant votre arrêt de travail :

	Date de début	Date de fin	Nombre de jours d'arrêt de travail et/ou d'hospitalisation
Arrêt de travail			
Si hospitalisation			

Aide versée à compter du 4<sup>e</sup> jour d'arrêt de travail ou d'hospitalisation pour une durée maximum de 15 jours, dans la limite du reste à charge de la famille. Ce délai de carence est applicable à chaque nouvel arrêt de travail sauf si prolongation de l'arrêt initial.

#### 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 **32 €** 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 4 € par heure.

	Nombre (Jours ou heures)	Prix unitaire	Total
Coût total du remplacement			
<b>Participation MSA</b>			
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,
- **Le ou les arrêt(s) de travail correspondant à la période de remplacement** (*les arrêts de travail étant soumis au secret médical, le service d'Action Sanitaire et Sociale n'a pas la possibilité de les consulter dans votre dossier médical MSA*),
- Bulletin d'hospitalisation, en cas d'hospitalisation.

#### **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 :