

## Aide aux études supérieures Année scolaire 2023 - 2024

L'aide aux études supérieures s'adresse :

- ✓ **Aux jeunes étudiants**
  - Agés de 18 à 22 ans,

et

- ✓ **Aux familles ressortissantes de la MSA Ardèche Drôme Loire**
  - Ne percevant plus d'allocations familiales au cours de l'année 2023 pour l'enfant étudiant,
  - Dont le revenu fiscal de référence de l'année 2021 ne dépasse pas le plafond de l'Allocation de Rentrée Scolaire (ARS) + 20 %.

Barème ARS + 20%	
Nombre d'enfants à charge	Plafonds de ressources
1	30 930 €
2	38 067 €
3	45 205 €
4	52 342 €
Par enfant supplémentaire	7 137 €

Si vous remplissez ces conditions, vous pouvez compléter le dossier (joint à cette fiche) et l'adresser avant le 30/06/2024 à :

**MSA ARDECHE DROME LOIRE  
43 AVENUE ALBERT RAIMOND  
BP 80051  
42275 ST PRIEST EN JAREZ**

**Celui-ci doit être impérativement accompagné des pièces justificatives suivantes :**

- ✓ Certificat de scolarité 2023-2024,
- ✓ Avis fiscal 2022 sur les revenus 2021 des parents.
- ✓ Le Relevé d'Identité Bancaire de l'étudiant (RIB)

**1 formulaire  
par étudiant**

## AIDE AUX ETUDES SUPERIEURES ANNEE SCOLAIRE 2023- 2024

**DATE LIMITE DE RETOUR LE 30 JUIN 2024**

**TOUTE DEMANDE INCOMPLETE OU ARRIVEE HORS DELAI NE SERA PAS RECEVABLE**

**Ce formulaire, complété, daté et signé, est à adresser à la MSA accompagné des pièces suivantes :**

- > Certificat de scolarité 2023-2024
- > Avis fiscal 2022 sur les revenus 2021 des parents
- > Le Relevé d'Identité Bancaire de l'étudiant (RIB)

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ALLOCATAIRE (parent) :

N° adhérent MSA \_\_\_\_\_

Nom \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

**Recevez-vous ou avez-vous reçu des prestations familiales, une allocation logement, une allocation adulte handicapé ou le RSA ?**

oui  non

> Si oui, de quel organisme :

MSA Ardèche Drôme Loire

autre, précisez \_\_\_\_\_

**Etes-vous assuré maladie à la MSA ?**

oui  non

**Enfants à charge, y compris l'enfant étudiant concerné par la demande :**

Nom	Prénom	Date de naissance	Scolarisé ou étudiant (rayer la mention inutile)		Si non, veuillez préciser
			oui	non	
			oui	non	
			oui	non	
			oui	non	

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ETUDIANT :

Nom \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_

**Type d'études** \_\_\_\_\_

**Adresse e-mail** \_\_\_\_\_

**Avez-vous des frais d'hébergement ?**

oui  non

**Si oui, adresse de votre logement étudiant :** \_\_\_\_\_

> Pour ce logement, recevez-vous une aide au logement de la CAF ou de la MSA ?

oui  non

*Je garantis la sincérité des informations transmises à la MSA pour le traitement de mon dossier.*

*Je prends acte que la MSA peut vérifier l'exactitude de cette déclaration et qu'en cas de fausse déclaration, le remboursement des sommes indûment versées me sera réclamé.*

*Je reconnais par ailleurs avoir été informé que :*

- > les informations relatives à la vie privée contenues dans ma demande ou obtenues pour son instruction sont régies par le secret professionnel,
- > le traitement de ma demande peut nécessiter de communiquer ces informations au sein de la MSA ou à des partenaires.

*Par la signature de cette demande, j'autorise le transfert de ces informations pour la gestion de mon dossier.*

*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 aux études supérieures.*

*Mentions relatives à la protection des données : les informations recueillies dans ce formulaire sont enregistrées*

*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 à cette finalité.

A \_\_\_\_\_, le

Signature de l'allocataire

Signature de l'étudiant