

AIDE AUX ETUDES SUPERIEURES

Modalités d'attribution

Attribution d'une aide financière de :

- **675 €** si l'étudiant a des frais d'hébergement
- **360 €** si l'étudiant n'a pas de frais d'hébergement

*Aide extralégale attribuée dans le cadre d'un budget spécifique limitatif.
A ce titre, elle peut être suspendue ou modifiée.*

Les bénéficiaires

- Les jeunes âgés de 18 à 22 ans, étudiants en études supérieures post BAC.

Les conditions d'attribution

- La famille doit être :
 - ✓ Ressortissante de la MSA Ardèche Drôme Loire
 - ✓ Ne plus percevoir d'allocations familiales au cours de l'année 2025 pour l'enfant étudiant
 - ✓ Avoir un revenu fiscal de référence de l'année 2023 qui 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	34 132 €
2	42 009 €
3	49 886 €
4	57 763 €
Par enfant supplémentaire	7 876 €

Les documents à fournir obligatoirement

- ✓ Certificat de scolarité 2025-2026,
- ✓ Avis fiscal 2024 sur les revenus 2023 des parents.
- ✓ Le Relevé d'Identité Bancaire de l'étudiant (RIB)

AIDE AUX ETUDES SUPERIEURES

Formulaire de demande Année scolaire 2025/2026

Pour bénéficier de la participation financière de la MSA, vous voudrez bien compléter l'imprimé joint et le retourner au service d'Action Sanitaire et Sociale de la MSA avant le 30/06/2026 à la :

MSA ARDECHE DROME LOIRE
Service d'Action Sanitaire et Sociale
43, avenue Albert Raimond
BP 80051
42275 ST PRIEST EN JAREZ

Pour tout renseignement, vous pouvez contacter le service d'Action Sanitaire et Sociale
Au 04-75-75-68-95 (choix 1)

IDENTITE DU PARENT (allocataire) :

Nom : Prénom :

N° INSEE :

Adresse :

N° et nom de la voie :

Code postal : Commune :

Téléphone : Email :

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(e) 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	

IDENTITE DE L'ETUDIANT :

Nom : Prénom :

Date de naissance : ____ / ____ / ____ Type d'études :

Téléphone : Email :


 Avez-vous des frais d'hébergement : ☐ Oui ☐ Non

> Si oui, adresse de votre logement étudiant :

N° et nom de la voie :

Code postal : Commune :


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

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 Mutualité Sociale Agricole Ardèche Drôme Loire dont la finalité est le traitement de mon dossier de demande d'aide « Coup de pouce jeunes ». 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 MSA ADL à utiliser mes données dans le cadre de cette finalité.

Fait à :

Le ____ / ____ / ____

Signature de l'allocataire :

Signature de l'étudiant :

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