

Aide au remplacement sur l'exploitation Motif « maladie » et « 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 début	Date fin	Nombre de Jours d'arrêt de travail et/ou d'hospitalisation
Arrêt de Travail			
<i>Si Hospitalisation</i>			

Aide versée à compter du 4^e 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 **30 €** 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 3,75 € par heure

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

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 au remplacement sur l'exploitation pour motif maladie ou accident du travail.
 La base de traitement est 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 du bénéficiaire du remplacement :	Le Service de Remplacement	
	Cachet	Nom, prénom, fonction et signature :