

Aide aux études supérieures Année scolaire 2020 - 2021

L'aide aux études supérieures s'adresse :

- ✓ **Aux jeunes étudiants**
 - Agés de 18 à 22 ans,
 - Dont les ressources mensuelles ne dépassent pas 55 % du SMIC.

Et

- ✓ **Aux familles ressortissantes de la MSA Ardèche Drôme Loire**
 - Ne percevant plus d'allocations familiales au cours de l'année 2020 pour l'enfant étudiant,
 - Dont le revenu fiscal de référence de l'année 2018 ne dépasse pas le plafond de l'Allocation de Rentrée Scolaire (ARS).

Barème ARS	
Nombre d'enfants à charge	Plafonds de ressources
1	25 093 €
2	30 884 €
3	36 675 €
Par enfant supplémentaire	5 791 €

Si vous remplissez ces conditions vous pouvez compléter le dossier (joint à cette fiche).

Celui-ci doit être accompagné des pièces justificatives suivantes :

- ✓ Dernier bulletin de salaire de l'étudiant (si contrat emploi étudiant, contrat de professionnalisation, contrat d'apprentissage, autre),
- ✓ Certificat de scolarité 2020-2021,
- ✓ Avis fiscal 2019 sur les revenus 2018 des parents.

Vous devez adresser votre demande avant le 30/11/2020 à :

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

**1 formulaire
par étudiant**

AIDE AUX ETUDES SUPERIEURES ANNEE SCOLAIRE 2020 - 2021

DATE LIMITE DE RETOUR LE 30 NOVEMBRE 2020

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 2020-2021
- > Avis fiscal 2019 sur les revenus 2018

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 revenus mensuels (salaires) ?

oui non

> Si oui, joindre votre dernier bulletin de salaire.

Avez-vous des frais d'hébergement ?

oui non

Si oui, adresse de votre logement étudiant : _____

> Pour ce logement, recevez-vous l'APL de la CAF ?

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 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