

## Aide au remplacement sur l'exploitation Motif « congés »

**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

Votre revenu fiscal de référence 2020 : \_\_\_\_\_ €  
(Figurant sur l'avis fiscal 2021 sur les revenus 2020)

Montant du Quotient Familial : \_\_\_\_\_ €  
(Pour le mois de novembre 2022 disponible via le service en ligne de votre espace privé MSA)

Renseignements concernant votre ou vos séjours de vacances :

	Date début	Date fin	Lieu
Séjour			
Séjour			

(2 jours consécutifs minimum – 8 jours maximum par année civile)

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 **20 €** 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 2,50 € par heure.

	Nombre <i>(jours ou heures)</i>	Prix unitaire	Total
Coût total du remplacement			
<b>Aide socle MSA</b>			
<b>Aide complémentaire 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.
- Justificatif de séjour (uniquement pour l'aide complémentaire)

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 congés.  
 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 :