



AIDE AU REMPLACEMENT DES AGRICULTEURS COVID

L'aide au remplacement Covid a pour objectif de favoriser le remplacement d'un exploitant dont l'incapacité d'exercer son activité entraîne un risque pour le devenir de l'exploitation. Cette aide est complémentaire à l'allocation dérogatoire de remplacement (prestation légale maladie) et a pour objectif de réduire le reste à charge supporté par l'agriculteur.

1 - Objet de la demande

Première demande Renouvellement

Arrêt de travail

• Date de début : / /

• Date de fin : / /

► Motif

Garde d'enfants Personne à risque Cas contact Cas Covid

2 - Bénéficiaire (personne remplacée)

• Madame • Monsieur

• Nom : • Prénom :

• Né(e) le : / /

• Adresse :

• Code Postal : • Commune :

• Téléphone : / / / / • Adresse mail :

• Situation familiale : Célibataire Vie maritale Marié(e)
 Divorcé(e) Séparé(e) Veuf(ve) Depuis le : / /

• Situation professionnelle : Chef d'exploitation Conjoint(e) Aide familial(e)

• Numéro d'allocataire :

3 - Conjoint(e) ou personne vivant maritalement avec l'assuré(e)

• Madame • Monsieur

• Nom : • Prénom :

• Né(e) le : / /

• Numéro d'immatriculation MSA :

• Situation professionnelle : Chef d'exploitation Conjoint(e) Salarié(e) agricole
 Salarié(e) non agricole Retraité(e) Autre (précisez) :

4 - Autres informations (à compléter quelles que soient la durée et la nature de l'arrêt)

● Avez-vous adhéré à un service de remplacement ?

oui non

Si oui, nom du service :

5 - Mode de remplacement

Service de remplacement :

● Nom du service de remplacement :

Embauche directe :

● Nom et prénom du salarié(e) :

ETA ou CUMA (uniquement pour des travaux non effectués habituellement par une ETA ou CUMA) :

● Nom de la structure ETA ou CUMA :

Ces travaux sont-ils effectués par une ETA ou une CUMA chaque année ? oui non

● Important : en cas d'accord, paiement à effectuer à : Assuré(e) Service de remplacement ETA ou CUMA

Intérim :

● Nom de la structure d'intérim : Intérim

Le déclarant atteste que tous les renseignements figurant sur cette demande sont exacts.

Fait à, le |_|_| / |_|_| / |_|_|_|_|

Signature :

Pièces à joindre obligatoirement à cet imprimé

► Photocopie du dernier avis d'imposition ou de non-imposition du couple

► Relevés des « capitaux placés » du couple

Tout dossier incomplet ne pourra être étudié

N'hésitez pas à contacter votre MSA : Service d'Action Sanitaire et Sociale / 02 97 46 52 14