

DEMANDE D'AIDE AU REMPLACEMENT POUR MOTIF DECES

Nom du Service de Remplacement :
Adresse :
N° téléphone :
Adresse mail :

DEMANDEUR :

NOM **Prénom**

N° Insee : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Lien de parenté du demandeur vis-à-vis de la personne décédée :

Adresse : **N° de téléphone** :

Nom Prénom de la personne décédée :

N° Insee : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Son statut au moment du décès :

- Chef d'exploitation :
- Membre d'un GAEC : Conjoint collaborateur :
- Membre d'une société :

Merci de joindre à votre demande le certificat de décès.

REPLACEMENT :

Période de prise en charge du remplacement :
Du.....ausoit.....journées

Montant de l'aide de la MSA au 1^{er} janvier 2023 :

95 % du coût du remplacement dans la limite de 150 €
Maximum 10 journées consécutives ou non dans les 60 jours suivant le décès.

A
le

Signature :

AIDE AU REMPLACEMENT LIE A UN DECES REGLEMENT 2023

BENEFICIAIRE :

Le conjoint survivant, enfant ou parent d'un :

- chef d'exploitation (en individuel ou sous forme sociétaire : membre d'un GAEC, associé d'exploitation)
- conjoint collaborateur qui était assuré AMEXA à titre principal

MODALITES D'INTERVENTION :

Intervention d'un service de remplacement conventionné avec la MSA Auvergne.

PARTICIPATION FINANCIERE :

- participation sans condition de ressources
- à partir de la date du décès
- aide accordée pour un remplacement d'une durée minimum de 3 heures et de demi dans la même journée.
- maximum 10 journées consécutives ou non dans les 2 mois qui suivent le décès
- montant : 95 % € du coût du service dans la limite de 150 € par journée supérieure ou égale à 7 heures par journée supérieure ou égale à 7 heures (95 % du coût du service de remplacement dans la limite de 75 € par ½ journée supérieure ou égale à 3 heures et demi) dans la limite du restant à charge de la facture

Une journée est égale à minimum 7 heures.

MODALITES DE LA DEMANDE :

Le service de remplacement adresse **dans les 2 mois qui suivent le début de l'intervention** :

- l'imprimé de demande renseigné et signé par le demandeur,
- le certificat de décès

Les demandes reçues hors délais feront l'objet d'un rejet.

Le dossier complet doit être adressé par courrier à :

MSA Auvergne
Service Action Sociale
16 rue Jean Claret
63972 Clermont-Ferrand cedex 9

contactsocial.blf@auvergne.msa.fr

MODALITES DE PAIEMENT :

Versement **au service de remplacement** sur facture avec :

- les justificatifs d'intervention (*fiches de vacation signées du salarié et du bénéficiaire ou bulletins de salaire avec dates d'intervention*)
- les justificatifs de facturation aux bénéficiaires