

DEMANDE D'AIDE AU REMPLACEMENT POUR MOTIF MALADIE ou AT/MP

Nom du Service de Remplacement :

Adresse :

N° téléphone :

Adresse mail :

BENEFICIAIRE :

NOM Prénom

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

Adresse :

N° de téléphone :

Statut :

Chef d'exploitation :

Membre d'un GAEC :

Membre d'une société :

Conjoint collaborateur :

REPLACEMENT :

Date de l'arrêt de travail :

Joindre une copie de votre arrêt de travail indiquant la période et le nombre de jours d'arrêt.

Période de prise en charge du remplacement :

Du.....ausoit.....journées

J'autorise la MSA Auvergne à verser directement l'aide au Service de remplacement. De ce fait, le montant de cette aide sera déduit des journées de remplacement facturées.

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

**26 € / journée à compter du 8^{ème} jour de l'arrêt de travail
dans la limite de 15 jours consécutifs ou non par année civile et par bénéficiaire**

A.....

le

Signature :

AIDE AU REMPLACEMENT MALADIE ou AT/MP REGLEMENT 2023

BENEFICIAIRES :

Les assurés AMEXA à titre principal

- le chef d'exploitation (en individuel ou sous forme sociétaire : membre d'un GAEC, associé d'exploitation)
- le conjoint collaborateur

en situation d'arrêt de travail pour motif maladie

MOTIF ET MODALITES D'INTERVENTION :

- arrêt maladie supérieur à 7 jours consécutifs rendant impossible l'activité sur l'exploitation
- intervention d'un service de remplacement conventionné avec la MSA Auvergne.

PARTICIPATION FINANCIERE :

- participation sans condition de ressources
- à partir du 8^{ème} jour d'arrêt de travail
- aide accordée pour un remplacement d'une durée minimum de 3 heures et demi dans la même journée.
- maximum 15 journées consécutives ou non par année civile par bénéficiaire
- montant forfaitaire* : 26 € par journée supérieure ou égale à 7 heures (ou 13 € par ½ journée supérieure ou égale à 3 heures et demi) dans la limite du restant à charge de la facture

*majorations, déplacement et repas compris

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,
- un l'arrêt de travail ou un bulletin d'hospitalisation.

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