

**DEMANDE D'AIDE AU REMPLACEMENT POUR MOTIF MALADIE ou AT/MP
EMBAUCHE D'UN SALARIE
INTERVENTION D'UN PRESTATAIRE**

BENEFICIAIRE :

NOM **Prénom**

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

Adresse :

N° de téléphone :

Statut :

Chef d'exploitation :

Membre d'un GAEC :

Membre d'une société :

Conjoint collaborateur :

REMPLACEMENT :

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 d'embauche du salarié :

Du.....ausoit.....journées

Joindre une copie du contrat de travail lié à l'arrêt de travail

Période de prise en charge d'intervention d'un prestataire :

Du.....ausoit.....journées

Joindre une copie du devis lié à l'arrêt de travail

L'aide au remplacement sera versée sur présentation des bulletins de salaires ou des factures et du détail des heures effectuées chaque jour de travail.

**40 € / 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 2025

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 prestataire ou embauche d'un salarié

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 de demi dans la même journée.
- maximum 15 journées consécutives ou non par année civile par bénéficiaire
- montant forfaitaire* : 40 € par journée supérieure ou égale à 7 heures (ou 20 € 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 :

Les bénéficiaires doivent transmettre leur demande accompagnée des justificatifs (arrêt de travail, contrat de travail, devis) dans les 2 mois qui suivent le début du remplacement.

Le service Action Sociale de la MSA Auvergne adressera sa décision par courrier au demandeur.

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 de l'aide au bénéficiaire sur production de justificatifs : contrat de travail lié à l'arrêt de travail, bulletins de salaire, factures et détail des heures effectuées chaque jour de travail.