

**DEMANDE D'AIDE AU REMPLACEMENT POUR MOTIF MALADIE :
EMBAUCHE D'UN SALARIE**

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 d'embauche du salarié :

Du.....ausoit.....journées

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

L'aide au remplacement sera versée sur présentation d'une copie de ou des bulletin(s) de salaires et du détail des heures effectuées chaque jour de travail.

Montant de l'aide de la MSA au 1^{er} janvier 2020 :

**26 € / journée à compter du 8^{ème} jour de l'arrêt de travail
dans la limite de 30 jours consécutifs ou non par année civile et par bénéficiaire**

A..... le
.....

Signature :

AIDE AU REMPLACEMENT MALADIE REGLEMENT 2020

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 ou embauche d'un salarié ou intervention d'une entreprise d'insertion

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 30 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 :

Les bénéficiaires doivent transmettre leur demande accompagnée des justificatifs (arrêt de travail, contrat de travail) dans le mois qui suit 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

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 et détail des heures effectuées chaque jour de travail.