

Formulaire de demande d'allocation(s) de remplacement à titre dérogatoire

(Décret N°2020-527 du 5 mai 2020)

NOM :

Prénom :

N° de sécurité sociale :

Votre n° de téléphone :

Votre adresse e-mail (facultatif) :

J'atteste sur l'honneur devoir rester à domicile et :

- être atteint du covid-19
- avoir été en contact avec une personne atteinte du covid-19
- répondre à l'un des critères de vulnérabilité
- partager le même domicile qu'une personne qui répond à l'un des critères de vulnérabilité
- être parent d'enfant(s) de moins de 16 ans ou d'un enfant handicapé de moins de 18 ans et devoir le(s) garder du fait de la fermeture des crèches, écoles, établissements sociaux et médicaux sociaux

Et vouloir être remplacé dans les travaux que j'effectue sur l'exploitation ou dans mon entreprise agricole.

Période de remplacement : du au

Période de remplacement : du au

Période de remplacement : du au

Choix de remplacement :

Par un service de remplacement

Indiquez le nom du service de remplacement :

Par une embauche directe

Indiquez le nom du salarié embauché :

Depuis le 16 mars :

Avez-vous déjà fait appel à un service de remplacement : oui non

Si oui, indiquez les dates et le nom du service de remplacement :

Avez-vous déjà eu recours à une embauche directe : oui non

Si oui, indiquez les dates de remplacement :

AIDE EXTRA-LÉGALE : En cas de reste à charge, vous pouvez demander une aide complémentaire en cochant la case ci-dessous, au service action sociale de votre MSA. Cette aide pourra être versée, **au regard de votre situation**, pour des interruptions de travail débutant à compter du 16 mars jusqu'à la date de cessation de l'état d'urgence sanitaire, pour une période de 15 jours renouvelable éventuellement une fois sous réserve d'une évaluation sociale.

Je demande la prestation extra-légale « Aide au remplacement covid-19 »

**Imprimé à retourner à votre MSA depuis Mon espace privé avec le service
Envoyer un document (rubrique Contact & échanges) ou par courrier**