

DEMANDE DE PRISE EN CHARGE POUR DES FRAIS LIES A UN REMPLACEMENT DANS LE CADRE D'UN ACCIDENT DU TRAVAIL

Nom, Prénom : _____

N° Sécurité Sociale : _____

Adresse _____

Tél : _____ Mail : _____

Arrêt de travail pour Accident du Travail

Du : _____ Au : _____

Service mis en place :

Mise à disposition de personnel par Service de Remplacement

Embauche directe

Du : _____ Au : _____

CONDITIONS D'ACCES

- Etre chef d'exploitation à titre principal ou conjoint collaborateur à temps plein ou aide familial
- Résider sur le territoire de Midi Pyrénées Sud
- Etre affilié en ATEXA

CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE

11 €/heure avec un maximum de 70 heures pendant la période d'arrêt de travail (limité à un maximum de 35 h si arrêt temps partiel pour raison thérapeutique)

Pièces obligatoires à fournir :

↳ Copie de l'arrêt de travail Accident du Travail et prolongations éventuelles

↳ Copie de la Déclaration d'Accident du Travail

↳ En cas d'emploi direct, possibilité d'utiliser le Titre Emploi Simplifié Agricole (TESA)

⇒ Copie de la Déclaration Unique d'Embauche (D.U.E)

⇒ Copie du bulletin de salaire de l'employé de remplacement

Documents à renvoyer à :

**MSA Midi Pyrénées Sud - Action Sociale
78 VOIE DU TOEC
31064 TOULOUSE CEDEX 9
ou par mail : ass.blf@mps.msa.fr**

Fait à _____, le _____

Signature du demandeur* :