

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
- Avoir un **arrêt de travail supérieur à 7 jours** (si arrêt initial inférieur à 7 jours, **attendre la prolongation pour transmettre la demande**)
- 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* :