

**DEMANDE DE PRISE EN CHARGE PARTIELLE
DE COTISATIONS SOCIALES**

• **Le demandeur :**

Nom :

Prénom :

N° MSA :

N° PACAGE :

Adresse :

.....
.....

Date de naissance :/...../.....

N° de téléphone :

• **La situation familiale du demandeur :** cochez la case correspondant à votre situation

	Vie maritale
	Marié(e)
	Célibataire
	Divorcé(e)
	Veuf (ve)

Nom et prénom du conjoint ou concubin :

Exerce t-il une activité professionnelle ?

Si oui, laquelle ?

Votre situation familiale a-t-elle changé dans les 12 derniers mois ?

Dans l'affirmative, précisez :

.....
.....

• **Les enfants à charge :**

Nombre d'enfants :

Nombre d'enfants à charge fiscalement :

En cas de divorce, servez vous une pension alimentaire pour des enfants à charge de votre ex-conjoint ?

Si oui, pour combien d'enfants ?

Montant annuel de la pension alimentaire :

• **La santé**

Percevez vous une pension d'invalidité ? **oui** **non**

Percevez vous une rente accident de travail des exploitants agricoles ? **oui** **non**

Avez une affection de longue durée reconnue ? : **oui** **non**

Percevez vous l'allocation pour adulte handicapé ? **oui** **non**

• **La situation de l'exploitant agricole :**

Vous êtes exploitant agricole : cochez la case correspondant à votre situation

- A titre exclusif**
 A titre principal (vous avez une autre activité à titre secondaire)
 A titre secondaire (vous avez une autre activité à titre principal)

La nature de vos productions : indiquez dans les cases le pourcentage de chiffre d'affaires consacré à chacune de vos productions

%	Viticulture		
%	Céréales		
%	Maraîchage		
%	Arboriculture		
%	Elevage – précisez ...	Type d'élevage :	Nombre de têtes :
%	Ostréiculture		
%	Apiculture		
%	Autres – précisez :		

- **Engagements du demandeur :**

Je soussigné (e) , certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements communiqués.

« En cas de fraude ou fausse déclaration, la Msa Grand Sud se réserve le droit de réclamer le remboursement immédiat de la prise en charge accordée »

A, le

Signature de Mme/Melle

Signature de Mr

Le demandeur de cette prise en charge est informé que, conformément à la circulaire en vigueur, son dossier sera transmis à la Commission Départementale d'Orientation Agricole pour avis.

Pièces à joindre :

- Dernier avis d'imposition
- Justificatif des personnes à charge si évolution par rapport au nombre de parts figurant sur l'avis d'imposition
- Justificatif de ressources si évolution par rapport à l'avis d'imposition

Dossier à renvoyer dûment complété et accompagné des pièces justificatives

Au plus tard le 30/11/2012 – (délai impératif)

MSA Grand Sud
23 rue François Broussais – BP 89924
66017 PERPIGNAN CEDEX 9

ATTESTATION

concernant l'application des articles 87 et 88 du traité CE aux aides minimis dans le secteur de la production agricole

A COMPLETER IMPERATIVEMENT POUR QUE LE DOSSIER SOIT RECEVABLE

Nom : Prénom :

N° MSA :

J'autorise la Direction Départementale des Territoires et de la Mer (DDTM) à communiquer à la Mutualité Sociale Agricole, le montant dont elle a connaissance et dont j'ai bénéficié au titre des aides de minimis au cours :

- de l'exercice fiscal en cours
- des deux derniers exercices fiscaux

Dans le cas, où je n'autorise pas cette communication ou dans le cas où j'ai été bénéficiaire d'**aides fiscales et/ou des collectivités territoriales**, soumises à la règle des minimis, je complète l'attestation au verso de ce document.

Date et signature,

