

# DEMANDES AU TITRE DU FONDS D'ACCOMPAGNEMENT SOCIAL DU MINISTRE EN CHARGE DE L'AGRICULTURE

**AGRICA  
PRÉVOYANCE**  
Proches par nature, engagés à vos côtés

  
**MINISTÈRE  
DE L'AGRICULTURE  
ET DE LA SOUVERAINETÉ  
ALIMENTAIRE**  
*Liberté  
Égalité  
Fraternité*

## CRITÈRES GÉNÉRAUX D'ÉLIGIBILITÉ

Ce fonds mis en place par le ministère de l'agriculture à destination de l'ensemble des bénéficiaires du contrat de PSC santé (actifs ; retraités ; ayants droit) ayant souscrit sous double condition cumulative :

- « d'état de santé » (prise en compte des situations d'affections de longue durée, de maladie, de handicap, de dépendance ou d'aide)
- et des ressources du bénéficiaire.

## DEMANDEUR (questionnaire confidentiel)

Nom marital :		Prénom :	
Nom de naissance :		Date de naissance :	
Adresse actuelle :			
Code Postal :		Ville :	
Téléphone domicile :		Téléphone professionnel :	
Téléphone mobile :		Email :	
N° INSEE :			

## SITUATION FAMILIALE

Célibataire                      Marié(e)                      Vie maritale                      Veuf(ve)  
Séparé(e)                      PACS                      Orphelin(e)  
Divorcé(e) ayant la garde des enfants                      Divorcé(e) n'ayant pas la garde des enfants

## STATUT

Actif  
Cochez la case ci-après si vous êtes en situation de maladie, d'invalidité, ou d'accident de travail

Retraité                      Depuis le

Chômeur portabilité santé                      Depuis le

## SITUATION PROFESSIONNELLE

Nom de la structure :

Pour les établissements d'enseignement agricole (public, privé sous contrat, supérieur), précisez le nom de l'établissement

\*ACB : Agent contractuel sur budget

## CONJOINT

Nom :		Prénom :	
Nom de naissance :		Date de naissance :	
N° INSEE :			

Retraité(e)                      En activité                      Au chômage                      Sans activité

## AUTRES PERSONNES VIVANT AU FOYER (conjoint ou concubin et enfants à charge)

Nom et Prénom	Date de naissance	Lien de parenté	Profession ou autres situations



## NATURE DE LA OU DES DEMANDE(S)

### Prestations individuelles

Prise en charge de 50 % de la cotisation au panier de soins socle des agents en congé sans rémunération pour raisons de santé, pour la période courant jusqu'à la fin de l'exercice annuel civil considéré.

- Aide exclusivement versée aux agents actifs (hors ayants-droits et retraités).
- À joindre avec le formulaire daté et signé : document justifiant de votre position d'agent en congé sans rémunération pour raison de santé RIB-IBAN.

Prise en charge d'un revenu de remplacement pendant le congé de proche Aidant et au-delà du barème de la sécurité sociale

- Aide octroyée en complément de l'allocation journalière de proche aidant (AJPA) qui vous est versée, destinée à compenser votre perte de revenus par rapport à votre rémunération nette journalière à concurrence du plafond de la sécurité sociale dans la limite du nombre de jours légal d'indemnisation au titre de l'AJPA
- À joindre avec le formulaire daté et signé : document justifiant du montant de l'AJPA reçu, bulletin de salaire du mois précédent et RIB IBAN

Prise en charge d'une partie du coût des séjours Aidants-Aidés

- Aide au coût du séjour proposé par CCPMA PREVOYANCE selon les critères de ressources suivants

Quotient Familial mensuel	Taux de participation sur le coût du séjour
< 621 €	60 %
De 621 € à 1090 €	40 %
De 1091 € à 1500 €	20 %
De 1501 € à 1800 €	20 %

Calcul du quotient familial :

R = revenu fiscal de référence N = nombre de parts fiscales	$Q_f = R : (NX12)$
--	--------------------

- À joindre avec le formulaire daté et signé : dernier avis d'imposition et RIB IBAN
- Arrêté de placement en situation d'aidance

### Prestations collectives

Je suis aidant(e) et intéressé(e) pour participer :

- à une conférence / webinaire sur ce thème
- à un cycle de coaching collectif dans le cadre de l'aidance
- je souhaite être recontacté(e) à ce sujet
- je souhaite connaître dates et programmes proposés



INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES LE CAS ÉCHÉANT

.....

.....

.....

.....

.....

Je, soussigné(e), M ..... , certifie sincères et véritables les renseignements indiqués dans ce dossier et m'engage à les justifier sur toute demande du MASA.

Fait à .....

Le [ ] / [ ] / [ ]

Signature du Demandeur
------------------------

« La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites au présent formulaire. Elle garantit au participant, pour les données le concernant, un droit d'accès et de rectification auprès de l'institution destinataire de la demande. Les données ainsi communiquées ne peuvent être transmises à des tiers sans autorisation expresse du participant »