

DEMANDES AU TITRE DU FONDS D'AIDE AUX RETRAITÉS DU MINISTÈRE EN CHARGE DE L'AGRICULTURE

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

**MINISTÈRE
DE L'AGRICULTURE
ET DE LA SOUVERAINETÉ
ALIMENTAIRE**
L'avenir
S'écrit
Pluriel

CRITÈRES GÉNÉRAUX D'ÉLIGIBILITÉ

Ce fonds mis en place par le ministère de l'agriculture dans le cadre du contrat collectif santé est destiné à prise d'une partie des cotisations des retraités sous conditions de ressources.

Sont éligibles au fonds, les retraités ayant souscrit au contrat collectif santé.

DEMANDEUR (questionnaire confidentiel)

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

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

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 DEMANDE

Prise en charge d'une partie de la cotisation mensuelle au panier de soins socle (hors options) due par les retraités du MASA.

→ Calculée en fonction du quotient familial du demandeur

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

Le niveau d'aide mensuel accordé au demandeur retraité est déterminé suivant le barème ci-dessous :

Quotient familial	Réduction de cotisation mensuelle au panier de soins socle (hors options) exprimée en pourcentage
Inférieur à 1 200 €	50 %
De 1 201 à 1 500 €	40 %
De 1 501 à 1 700 €	30 %
De 1 701 à 2 000 €	20 %

Il est rappelé que le montant de la réduction dépend du montant de la cotisation au panier de soins socle qui est progressif pour les retraités.

Pièces justificatives à joindre avec le formulaire daté et signé : carte de tiers payant de la mutuelle, dernier avis d'imposition et RIB IBAN

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 CCPMA PREVOYANCE.

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 ».