Cachet de la MSA

cerfa
N°11606*04

VOLET DESTINÉ
A LA MSA

DEMANDE D'ALLOCATION DE REMPLACEMENT MATERNITÉ
- Congé pathologique lié à la grossesse -

Remplir les cadres 1 - 2 - 3
Présenter ou adresser les 2 volets de cette demande à votre MSA qui transmettra immédiatement le second volet au service de remplacement conventionné.
Une aide au remplissage de ce formulaire peut vous être apportée soit :
- par votre MSA,
- par le service de remplacement.

(1) À REMPLIR PAR L'ASSURÉE

N° d'immatriculation : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
NOM DE FAMILLE : .....
NOM D'USAGE (s'il y a lieu) : .....
PRÉNOM : .....
Adresse : .....
Département : ..... Localité : .....
Code postal : |_|_|_|_|_| Tél. où l'assurée peut être jointe : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

(2) RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ACTIVITÉ EXERCÉE

Description des travaux à effectuer dans l'exploitation ou l'entreprise agricole correspondant à votre activité habituelle au moment du congé :

.....
.....
.....

Estimation du temps de travail consacré à ces travaux : ..... heures par jour ; ..... jours par semaine ; ..... jours par mois

(3) RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'INTERRUPTION D'ACTIVITÉ

Date du premier jour d'interruption d'activité .....

Durée de l'interruption d'activité .....

(4) RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE REMPLACEMENT

Adresse de la fédération départementale ou du service de remplacement conventionné :

Je soussignée .....
certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements donnés ci-dessus.

Je m'engage à cesser toute activité et à me faire remplacer sur l'exploitation ou l'entreprise pendant la durée du congé pathologique.

À : ..... le : .....
Signature

À détacher selon les pointillés

Réf. :10023-2014 / feuillet_1 - PAO/CCMSA

Cachet de la MSA

cerfa
N°11606*04

VOLET DESTINÉ
AU SERVICE DE
REMPLACEMENT

DEMANDE D'ALLOCATION DE REMPLACEMENT MATERNITÉ
- Congé pathologique lié à la grossesse -

Remplir les cadres 1 - 2 - 3

(1) À REMPLIR PAR L'ASSURÉE

N° d'immatriculation : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

NOM DE FAMILLE : .....

NOM D'USAGE (s'il y a lieu) : .....

PRÉNOM : .....

Adresse : .....

Département : ..... Localité : .....

Code postal : |_|_|_|_|_| Tél. où l'assurée peut être jointe : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

(2) RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ACTIVITÉ EXERCÉE

Description des travaux à effectuer dans l'exploitation ou l'entreprise agricole correspondant à votre activité habituelle au moment du congé :

.....

.....

.....

Estimation du temps de travail consacré à ces travaux

..... heures par jour
..... jours par semaine
..... jours par mois

(3) RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'INTERRUPTION D'ACTIVITÉ

Date du premier jour d'interruption d'activité .....

Durée de l'interruption d'activité .....

Je soussignée .....
certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements donnés ci-dessus.

Je m'engage à cesser toute activité et à me faire remplacer sur l'exploitation ou l'entreprise pendant la durée du congé pathologique.

À : ..... le : .....

Signature

Réf. :10023-2014 / feuillet_2 - PAO/CCMSA

À détacher selon les pointillés

Cachet de la MSA

cerfa
N° 11606*04

VOLET DESTINÉ
A LA MSA

DEMANDE D'ALLOCATION DE REMPLACEMENT MATERNITÉ

Remplir les cadres 1 - 2 - 3
Présenter ou adresser les 2 volets de cette demande à votre MSA -30 jours au plus tard, avant la date prévue pour votre interruption d'activité- qui transmettra immédiatement le second volet au service de remplacement conventionné.
Une aide au remplissage de ce formulaire peut vous être apportée soit :
- par votre MSA,
- par le service de remplacement.

(1) À REMPLIR PAR L'ASSURÉE

N° d'immatriculation : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
NOM DE FAMILLE : .....
NOM D'USAGE (s'il y a lieu) : .....
PRÉNOM : .....
Adresse : .....
Département : ..... Localité : .....
Code postal : |_|_|_|_|_| Tél. où l'assurée peut être jointe |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

(2) RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ACTIVITÉ EXERCÉE

Description des travaux à effectuer dans l'exploitation ou l'entreprise agricole correspondant à votre activité habituelle au moment du congé :

.....
.....
.....

Estimation du temps de travail consacré à ces travaux
..... heures par jour
..... jours par semaine
..... jours par mois

(3) RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'INTERRUPTION D'ACTIVITÉ

Date du premier jour d'interruption d'activité .....

Durée de l'interruption d'activité .....

(4) RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE REMPLACEMENT

Adresse de la fédération départementale ou du service de remplacement conventionné :

Je soussignée .....
certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements donnés ci-dessus.

Je m'engage à cesser toute activité et à me faire remplacer sur l'exploitation ou l'entreprise pendant la durée de l'intérruption de mon congé de maternité.

À : ..... le : .....
Signature

À détacher selon les pointillés

Réf. :10023-2014 / feuillet_3 - PAO/CCMSA

Cachet de la MSA

cerfa
N° 11606*04

VOLET DESTINÉ
AU SERVICE DE
REMPLACEMENT

DEMANDE D'ALLOCATION DE REMPLACEMENT MATERNITÉ

Remplir les cadres 1 - 2 - 3

(1) À REMPLIR PAR L'ASSURÉE

N° d'immatriculation : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

NOM DE FAMILLE : .....

NOM D'USAGE (s'il y a lieu) : .....

PRÉNOM : .....

Adresse : .....

Département : ..... Localité : .....

Code postal : |_|_|_|_|_| Tél. où l'assurée peut être jointe |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

(2) RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ACTIVITÉ EXERCÉE

Description des travaux à effectuer dans l'exploitation ou l'entreprise agricole correspondant à votre activité habituelle au moment du congé :

.....

.....

.....

Estimation du temps de travail consacré à ces travaux

..... heures par jour
..... jours par semaine
..... jours par mois

(3) RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'INTERRUPTION D'ACTIVITÉ

Date du premier jour d'interruption d'activité .....

Durée de l'interruption d'activité .....

Je soussignée .....
certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements donnés ci-dessus.

Je m'engage à cesser toute activité et à me faire remplacer sur l'exploitation ou l'entreprise pendant la durée de l'intérruption de mon congé de maternité.

À : ..... le : .....

Signature

À détacher selon les pointillés

santé
famille
retraite
services

cerfa
N° 50768#04

DEMANDE D'ALLOCATION DE REMPLACEMENT DE MATERNITÉ

Servie par le régime des non-salariés agricoles

Cette notice a été réalisée pour vous aider à compléter votre demande

Réf. : 10023-2014 - PAO/CCMSA

Cachet de la MSA

Vous désirez des informations complémentaires :

- consultez le site www.msa.fr
- consultez votre MSA
- consultez le site www.servicederemplacement.fr
- consultez le service de remplacement de département

santé famille retraite services

Notice d'information

cerfa N° 50768#04

VOUS ALLEZ ÊTRE MÈRE OU ADOPTER UN ENFANT, VOUS BÉNÉFICIEZ DU CONGÉ DE MATERNITÉ, VOUS POUVEZ PENDANT CE CONGÉ VOUS FAIRE REMPLACER ET PRÉTENDRE À L'ALLOCATION DE REMPLACEMENT MATERNITÉ

Si

✜ vous êtes :

- **Chef d'exploitation ou d'entreprise agricole,**
- **Membre non salariée d'une société agricole (GAEC, EARL, sociétés civiles…),**
- **Aide familiale ou associée d'exploitation,**
- **Collaborateur d'exploitation ou d'entreprise agricole,** *(conjointe, partenaire lié par un PACS ou concubine)*

✜ vous participez :

De manière constante, à temps plein ou à temps partiel, aux travaux de l'exploitation ou de l'entreprise agricole.

✜ vous relevez de l'Amexa :

Depuis au moins dix mois avant la date présumée de votre accouchement ou de la date d'adoption.

Si vous êtes affiliée depuis moins de dix mois en Amexa, les périodes d'afffiliation antérieure, au titre d'une activité professionnelle ou assimillée relevant d'un ou plusieurs autres régimes pourront être prises en compte pour l'appréciation de cette condition.

VOUS AVEZ DROIT

de vous faire remplacer sur l'exploitation ou l'entreprise agricole pour les durées de remplacement prévues dans le tableau figurant page III de cette notice

Réf. : 10023 - 2014/NOTICE - PAO/CCMSA

DURÉE DE VOTRE REMPLACEMENT

✣ Maternité

Congé de maternité	Durée du remplacement	Période de remplacement sans report	Période de remplacement avec report maximum (1)
Congé normal	2 semaines minimum 16 semaines maximum	De 6 semaines avant la date prévue de l'accouchement à 10 semaines après celui-ci	3 semaines de congé prénatal 13 semaines de congé postnatal
CONGÉS SUPPLÉMENTAIRES			
Grossesse pathologique	2 semaines maximum	De la constatation médicale de la grossesse jusqu'à la date d'accouchement	
Naissance simple portant à 3 le nombre d'enfants à charge	26 semaines maximum	De 8 ou 10 semaines (2) avant la date prévue de l'accouchement à 18 ou 16 semaines après celui-ci	5 semaines de congé prénatal 21 semaines de congé postnatal
Naissances multiples quel que soit le nombre d'enfants à charge Jumeaux	34 semaines maximum	De 12 ou 16 semaines (3) avant la date prévue de l'accouchement à 22 ou 18 semaines après celui-ci	9 semaines de congé prénatal 25 semaines de congé postnatal
Triplés	46 semaines maximum	De 24 semaines avant la date prévue de l'accouchement à 22 semaines après celui-ci	21 semaines de congé prénatal 25 semaines de congé postnatal

1) Report du congé prénatal sur le congé posnatal dans la limite de trois semaines.

2) La durée de remplacement au cours de la période prénatale peut être augmentée d'une durée maximale de deux semaines et la durée de la période postnatale est alors réduite d'autant.

3) La durée de remplacement au cours de la période prénatale peut être augmentée de quatre semaines au maximum et la durée de la période postnatale est alors réduite d'autant.

✣ Adoption

Congé d'adoption	Durée d'attribution	Période de remplacement
Adoption simple	10 semaines maximum	10 semaines à compter de la date d'arrivée de l'enfant au foyer ou dans les 7 jours qui précèdent
Adoption simple portant à 3 le nombre d'enfants à charge	18 semaines maximum	10 semaines à compter de la date d'arrivée de l'enfant au foyer ou dans les 7 jours qui précèdent
Adoptions multiples	22 semaines maximum	10 semaines à compter de la date d'arrivée de l'enfant au foyer ou dans les 7 jours qui précèdent

COMMENT DEMANDER VOTRE ALLOCATION ?

✜ Pour le congé de maternité

Il suffit d'en faire la demande auprès de votre MSA qui vous délivre un imprimé de demande d'allocation. Cette demande devra lui être retournée complétée dans un délai de 30 jours au plus tard avant la date prévue de votre interruption d'activité, sauf si un cas de force majeure vous en empêche (accouchement prématuré…).

Après étude, votre demande d'allocation sera immédiatement transmise par la MSA au service de remplacement conventionné, ce dernier devra ensuite dans les 15 jours vous indiquer s'il peut ou non pourvoir à votre remplacement.

✜ Pour le congé pathologique lié à la grossesse

Vous devez adresser à votre MSA d'une part, l'avis d'arrêt de travail prescrit par votre médecin et d'autre part, la demande d'allocation de remplacement maternité–congé pathologique lié à la grossesse.

Ce délai de 30 jours susvisé n'est pas obligatoire pour les 2 semaines de repos pathologique lié à la grossesse.

Faites votre demande d'allocation de remplacement le plus tôt possible, cela permettra d'anticiper et de planifier votre remplacement.

COMMENT S'OPÈRE VOTRE REMPLACEMENT ?

Par l'intermédiaire du service de remplacement conventionné de votre département à l'adresse ci-dessous :

Toutefois, dans les cas suivants, il vous est possible de vous faire remplacer par une personne salariée recrutée par vos soins :

- si le service n'est pas en mesure d'effectuer votre remplacement,
- si le service de remplacement retenu n'a pas répondu dans les 15 jours qui suivent la réception de votre demande suite à son envoi par votre MSA,
- s'il n'existe pas de service de remplacement conventionné dans votre département.

LE MONTANT DE L'ALLOCATION

Il est égal au coût de votre remplacement, hors contributions sociales (CSG/CRDS) qui restent à votre charge.

En cas d'embauche directe d'un ou plusieurs salariés, le montant de l'allocation est égal au salaire conventionnel correspondant à la qualification mentionnée sur le contrat de travail du ou des salariés que vous avez embauchés.

COMMENT SE FERA VOTRE REMBOURSEMENT ?

- Le remplacement a été effectué par l'intermédiaire d'un service de remplacement conventionné :

  votre MSA versera directement à ce service le montant de l'allocation.
- Le remplacement a été effectué par une (ou plusieurs) personne(s) salariée(s) que vous avez recrutée(s) directement :

  votre MSA vous remboursera directement la totalité des frais que vous aurez engagés, sur présentation des pièces justificatives suivantes :
  - une copie du (des) bulletin(s) de salaire que vous aurez délivré(s) à la (aux) personne(s) qui vous a (ont) remplacée(s),
  - le(s) contrat(s) de travail établi(s) avec le ou les remplaçant(s).

Réf. : 10023 - 2014/NOTICE - PAO/CCMSA