

- Nom :
- Prénom :
- N° de Sécurité sociale :
- Votre n° de téléphone :
- Votre adresse e-mail (facultatif) :

J'atteste sur l'honneur devoir rester à domicile et :

- être atteint de la Covid-19
- avoir été en contact avec une personne atteint de la Covid-19
- répondre à l'un des critères de vulnérabilité
- être parent d'enfant(s) de moins de 16 ans ou d'un enfant handicapé et devoir le(s) garder du fait de la fermeture des crèches, écoles, établissements sociaux et médicaux sociaux

Et vouloir être remplacé dans les travaux que j'effectue sur l'exploitation ou dans mon entreprise agricole

- Période de remplacement : du au
- Période de remplacement : du au
- Période de remplacement : du au

Choix de remplacement

- Par un service de remplacement
Indiquez le nom du service de remplacement :
- Par une embauche directe
Indiquez le nom du salarié embauché :
Attention vous devez procéder à une embauche d'une personne salariée spécialement recrutée à cet effet dans le cadre de la Covid.

Depuis le 30 octobre 2020

- Avez-vous déjà fait appel à un service de remplacement ? oui non
Si oui, indiquez les dates : du..... au
et le nom du service de remplacement :
- Avez-vous déjà eu recours à une embauche directe ? oui non
Si oui, indiquez les dates de remplacement : du..... au

AIDE EXTRA-LÉGALE : en cas de reste à charge, vous pouvez demander une aide complémentaire en cochant la case ci-dessous, au service action sociale de votre MSA. Cette aide pourra être versée, **au regard de votre situation (évaluation sociale)**, pour des interruptions de travail débutant à compter du 30 octobre 2020, sous réserve des conditions définies dans le règlement de prestations extra-légales de votre MSA.

- Je demande la prestation extralégale « Aide au remplacement Covid-19 »

**Imprimé à retourner à votre MSA depuis Mon espace privé avec le service
Envoyer un document (rubrique Contact & échanges) ou par courrier**