



Cotisations pour lesquelles vous sollicitez l'aide (à cocher)

- Cotisations personnelles ou Cotisations patronales (si vous employez de la main d'œuvre)

Identification du demandeur non-salarié agricole

NOM : _____ PRENOM : _____
Numéro de sécurité sociale : _____
Coordonnées téléphoniques (fixe/portable) : _____
E-mail : _____

Situation familiale du demandeur et du conjoint/concubin

- Célibataire Marié(e) En concubinage Pacsé(e) Séparé(e)/Divorcé(e) Veuf(ve)

Nombre de personnes à charge fiscalement : _____ Dont nombre d'enfants à charge : _____
Précisez l'âge du ou des enfant(s) : _____

Votre conjoint/concubin participe-t-il à l'activité de l'entreprise ? OUI NON

Si oui, quel est son statut ? _____

Votre conjoint/concubin exerce-t-il une autre profession ? OUI NON

Si oui, laquelle ? _____

Identification de l'exploitation ou de l'entreprise agricole

Important : en cas de société (ou GAEC), faire une demande par chef d'exploitation

N° SIREN : _____ N° SIRET : _____
Dénomination : _____

Forme juridique de la société (à cocher) :

- Individuel GAEC EARL SCEA SARL
 SA SAS GFA Autres sociétés (à préciser) : _____

Indiquer le nombre d'associés : _____

Participation à d'autres structures agricoles

Etes-vous associé à d'autres structures agricoles ? OUI NON

Si Oui renseigner les informations suivantes :

- | | |
|------------------------------------|---------|
| 1. Forme juridique de la société : | SIRET : |
| 2. Forme juridique de la société : | SIRET : |
| 3. Forme juridique de la société : | SIRET : |
| 4. Forme juridique de la société : | SIRET : |
| 5. Forme juridique de la société : | SIRET : |

Le conseil de votre exploitation ou de votre entreprise

Avez-vous recours à un comptable, un centre de gestion agréé, une association de gestion et de comptabilité ou tout autre conseil pour votre comptabilité ?

OUI NON

Si OUI renseigner les informations ci-dessous

Nom ou dénomination de votre conseil : _____

Adresse : _____



Coordonnées téléphoniques :

E-mail :

Votre (ou vos) activité(s) professionnelle(s)

Précisez par ordre d'importance vos secteurs d'activité agricole (filière*) et le taux de spécialisation de chaque activité agricole**

(*) Reportez-vous à la notice pour identifier vos activités agricoles à renseigner.

(**) Le taux de spécialisation est obtenu en comparant le chiffre d'affaires (ou les recettes) lié(es) à l'activité concernée ou aux activités concernées et le chiffre d'affaires total (ou les recettes totales) au regard de votre dernier exercice clos.

1. Activité :	% de spécialisation :
2. Activité :	% de spécialisation :
3. Activité :	% de spécialisation :
4. Activité :	% de spécialisation :
5. Activité :	% de spécialisation :

Exercez-vous une autre activité (à cocher) ?

Salariée

Indépendant non agricole

Auto-entrepreneur au régime général

Autre à préciser :

Cette autre activité est-elle principale ou secondaire ?

Principale

Secondaire

Décrivez les événements à l'origine de vos difficultés financières

Aléas sanitaires et phytosanitaires (à préciser) :

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Merci de nous détailler succinctement les conséquences liées à l'évènement sanitaire :

Aléas climatiques :

Sécheresse

Gel

autres à préciser :

Grêle

Inondations-cruces



Intervention du Fonds d'action sociale et sanitaire

DEMANDE DE PRISE EN CHARGE DE COTISATIONS DES COTISATIONS

Merci de nous détailler succinctement les conséquences liées à l'évènement climatique :

Autres aléas :

- Aléa impactant l'appareil productif (ex incendie, prédation) à préciser :

Merci de nous détailler succinctement les conséquences liées à cet évènement :

- Secteur en crise conjoncturelle ou de marché (à préciser)

Merci de nous détailler succinctement les conséquences liées à cet évènement :

- Difficultés d'ordre personnel à préciser

Merci de nous détailler succinctement les conséquences liées à cet évènement :

Accompagnement auprès d'autres institutions

En complément de la demande d'intervention de la MSA, avez-vous demandé et/ou bénéficié d'autres aides :

OUI NON



Intervention du Fonds d'action sociale et sanitaire

DEMANDE DE PRISE EN CHARGE DE COTISATIONS DES COTISATIONS

Si OUI, préciser l'aide ou les différentes aides obtenues et auprès de quel organisme :

- | | |
|-------------------------------|--------------------------|
| 1. Nom de l'aide et montant : | Organisme attributaire : |
| 2. Nom de l'aide et montant : | Organisme attributaire : |
| 3. Nom de l'aide et montant : | Organisme attributaire : |
| 4. Nom de l'aide et montant : | Organisme attributaire : |
| 5. Nom de l'aide et montant : | Organisme attributaire : |

Données économiques

Ces informations sont nécessaires pour le traitement de votre dossier. En leur absence, les services instructeurs de cette mesure pourraient être amenés à vous demander des éléments complémentaires.

Indiquez votre date de clôture comptable : / / 20

Si vous êtes imposé à un régime micro-fiscal (micro-bénéfices agricoles ou autre)

		Dernier exercice connu	Avant dernier exercice connu
Chiffres d'affaires total ou recettes totales (liasse fiscale)		_____ €	_____ €
Prêts bancaires	Annuités Court terme	_____ €	_____ €
	Annuités Moyen et Long terme	_____ €	_____ €

Si vous relevez d'un autre régime d'imposition (réel...)

		Dernier exercice connu	Avant dernier exercice connu
Chiffres d'affaires total ou recettes totales (liasse fiscale)		_____ €	_____ €
Excédent brut d'exploitation (EBE)		_____ €	_____ €
Taux d'endettement global (%)		_____ €	_____ €
Prêts bancaires	Annuités Court	_____ €	_____ €
	Annuités Moyen et Long terme	_____ €	_____ €
Autres dettes (dettes fournisseurs par exemple)		_____ €	_____ €
Nombre de salariés			

Document obligatoire à retourner avec le formulaire (à défaut, votre demande ne pourra pas être traitée)

Dernier avis d'imposition.



santé
famille
retraite
services

Intervention du Fonds d'action sociale et sanitaire

DEMANDE DE PRISE EN CHARGE DE COTISATIONS DES COTISATIONS

Engagements

Je soussigné(e) : _____ :

- ❖ Certifie l'exactitude et la sincérité de cette déclaration.
- ❖ Autorise la MSA à effectuer les vérifications nécessaires auprès de l'ensemble de mes créanciers et auprès de l'organisme tenant la comptabilité de mon exploitation.
- ❖ M'engage à tenir à disposition de ma caisse de MSA, en cas de contrôle, tout document permettant de justifier les éléments devant figurer dans cette attestation.
- ❖ Etre informé(e) que ma demande ne pourra être instruite que si tous les éléments de la demande ont été dûment complétés et si toutes les pièces ont été transmises. Toute demande incomplète fera l'objet d'un rejet.
- ❖ Etre informé(e) que toute fausse déclaration entraînera l'annulation d'une éventuelle attribution et des pénalités (article 22.II de la loi du 31/07/1968 modifié par l'ordonnance n°2000-916 du 19 septembre 2000 : « quiconque aura fourni sciemment des renseignements inexacts ou incomplets dans la déclaration exigée en vue d'obtenir de l'Etat un paiement ou avantage quelconque indu pourra être puni d'un emprisonnement ou d'une amende).

Veillez nous retourner le présent questionnaire, dûment rempli et signé à l'adresse suivante :

MSA de la région Corse
Service Recouvrement
Pernicaggio CS 70407
20705 AJACCIO Cedex 9

Ou par courriel : ctxgeide.grprec@msa20.msa.fr

A _____ le / / 20

Signature du demandeur :