santé
famille
retraite
services

Cerfa
N° en cours

FICHE 3 – Volet a

AIDE FAMILIAL OU ASSOCIE D'EXPLOITATION (1) - SON « CONJOINT » - SES ENFANTS A CHARGE

RAPPEL DE L'IDENTIFICATION DU CHEF D'EXPLOITATION OU D'ENTREPRISE (telle qu'indiquée en **fiche 1** ou **fiche 2**)

Nom :..... **Prénom(s)** : .....

N° Sécurité Sociale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_|

1 - L'AIDE FAMILIAL OU L'ASSOCIE D'EXPLOITATION

Nom de naissance : ..... Nom marital ou d'usage :.....

Prénoms :..... Nationalité (2) : .....

Date et lieu de naissance |_|_| |_|_| |_|_|_|_| à : ……. .....

N° Sécurité Sociale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_|

Adresse du domicile (si différente de celle du déclarant) .....

|_|_|_|_|_| .....

Statut concerné :

Cocher selon les cas :

☐ Aide familial (3)

☐ Associé d'exploitation

Lien de parenté de l'aide familial ou associé d'exploitation avec le déclarant :.....

Date d'ouverture de ce statut

|_|_| |_|_| |_|_|_|_|

Activité professionnelle en dehors de l'exploitation ou entreprise :

- L'aide familial ou associé d'exploitation est-il demandeur d'emploi ? ☐ Oui ☐ Non
- Si l'aide familial ou associé d'exploitation exerce une activité professionnelle en dehors de l'exploitation, précisez :
  - l'activité :.....
  - l'organisme d'affiliation : .....
  - le temps de travail de l'année précédente : .....
  - la date de début de cette activité |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

Situation familiale (cocher selon les cas) :

☐ Mariage ☐ Concubinage ☐ Veuvage ☐ Séparation ☐ Divorce ☐ P A C S

Depuis le |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

☐ Célibat

2- LE CONJOINT (E), CONCUBIN (E) OU PARTENAIRE PACS DE L'AIDE FAMILIAL OU ASSOCIE D'EXPLOITATION

Nom de naissance : ..... Nom marital ou d'usage :.....

Prénom(s) :..... Nationalité : (2) .....

Date et lieu de naissance |_|_| |_|_| |_|_|_|_| à : …….. .....

N° Sécurité Sociale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_|

(1) voir définition en notice explicative – partie 3-
(2) voir notice – partie 2- pour pièces justificatives (si personne inconnue de la MSA)
(3) La durée du statut des aides familiaux est limitée à 5 ans

FICHE 3 – Volet b

2. A- ACTIVITES DU CONJOINT(E), CONCUBIN(E) OU PARTENAIRE PACS

Cochez et remplir selon les cas :

☐ absence d'activité professionnelle

☐ activité professionnelle sur l'exploitation ou entreprise agricole depuis le ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

☐ activité professionnelle en dehors de l'exploitation ou entreprise, dans ce cas compléter les informations suivantes :

Nature de l'activité (à cocher)	**Date de début d'activité**			**Caisses de rattachement Vieillesse, maladie**	**Département du lieu de travail** [1]
☐ Salarié non agricole	☐☐	☐☐	☐☐☐☐	…….....	☐☐☐
☐ Salarié agricole	☐☐	☐☐	☐☐☐☐	…….....	☐☐☐
☐ Non salarié non agricole	☐☐	☐☐	☐☐☐☐	…….....	☐☐☐
☐ Non salarié agricole	☐☐	☐☐	☐☐☐☐	…….....	☐☐☐

2. B- AUTRES RENSEIGNEMENTS

Cocher selon les cas [2]:

☐ Bénéficiaire du RSA [3]

☐ Perception d'une indemnité France travail

☐ Bénéficiaire d'un complément de libre choix d'activité PAJE [4]

☐ Bénéficiaire de la CMU [5]

☐ Pensionné d'invalidité, depuis le ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

☐ Titulaire de l'AAH [6]

☐ Préretraité, retraité, depuis le ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

☐ Bénéficiaire de l'ASPA [7]

(1) Si activité exercée à l'étranger, inscrire 99
(2) Voir notice – partie 2 - pour pièces justificatives
(3) RSA : Revenu de Solidarité Active
(4) PAJE : Prestation d'Accueil du Jeune Enfant
(5) CMU : Couverture Maladie Universelle
(6) AAH : Allocation aux Adultes Handicapés
(7) ASPA : Allocation de Solidarité aux Personnes Agées

3 - ENFANT(S) A LA CHARGE DE L'AIDE FAMILIAL OU DE L'ASSOCIE D'EXPLOITATION OU DE SON CONJOINT(E), CONCUBIN(E) OU PARTENAIRE PACS

Recensez ci-dessous les enfants à charge de l'aide familial ou associé d'exploitation ou de son conjoint(e) ou concubin(e)

Nom : ..... Prénom(s) [1] : ……. ……..

Date et lieu de naissance |__|__| |__|__| |__|__|__|__| à :.....

Nom de l'allocataire PF [2] : ..... Son régime de protection sociale : …….

N° Sécurité Sociale de cet allocataire |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| |__|__|

Nom : ..... Prénom(s) [1] : ……..

Date et lieu de naissance |__|__| |__|__| |__|__|__|__| à :.....

Nom de l'allocataire PF [2] : ..... Son régime de protection sociale : …….

N° Sécurité Sociale de cet allocataire |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| |__|__|

Nom : ..... Prénom(s) [1] : ……..

Date et lieu de naissance |__|__| |__|__| |__|__|__|__| à :.....

Nom de l'allocataire PF [2] : ..... Son régime de protection sociale : …….

N° Sécurité Sociale de cet allocataire |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| |__|__|

(1) Souligner le prénom usuel
(2) PF : Prestation Familiale

Le chef d'exploitation ou d'entreprise agricole certifie l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration

Fait le **Signature**

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites à ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données, vous concernant auprès de votre Caisse de mutualité sociale agricole.