

INTERVENTION DU FONDS D'ACTION SOCIALE ET SANITAIRE

DEMANDE DE PRISE EN CHARGE DE COTISATIONS SOCIALES

TRÈS IMPORTANT

Veuillez transmettre cette demande avant le 31/08/2025 . Afin que votre demande puisse être étudiée au plus tôt, vous pouvez nous la transmettre avant la date limite.

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

MSA :

Service :

Références postales :

Références pour disposer d'un accompagnement :

Téléphone :

Courriel :

COTISATIONS POUR LESQUELLES VOUS SOLICITEZ L'AIDE (À COCHER)

Cotisations personnelles

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

IDENTIFICATION DU DEMANDEUR NON-SALARIÉ AGRICOLE

Nom :

Prénom :

N° 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 de chaque enfant :

ans

ans

ans

ans

ans

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 (précisez) :

Nombre d'associés :

PARTICIPATION À D'AUTRES STRUCTURES AGRICOLES

Êtes-vous associé à d'autres structures agricoles ?

Oui

Non

Si Oui renseignez 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 renseignez les informations ci-dessous :

Nom ou dénomination de votre conseil :

Adresse :

Coordonnées téléphoniques (fixe/portable) :

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 (précisez) :

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 cet événement :

Aléas climatiques :

Sécheresse

Gel

Autre (précisez) :

Grêle

Inondations-crues

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

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.

Date de clôture comptable :

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 terme	€	€
Annuités Moyen et Long terme	€	€
Autres dettes (dettes fournisseurs par exemple)	€	€
Nombre de salariés		

Dernier avis d'imposition.

L'attestation sur les aides de minimis jointe **à compléter obligatoirement**.

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.
- › En complément de la demande d'intervention de la MSA, avez-vous demandé et/ou bénéficié d'autres aides.
- › Être 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'État un paiement ou avantage quelconque indu pourra être puni d'un emprisonnement ou d'une amende* »).

Fait à :

Le :

Signature du demandeur

Les informations collectées sur ce formulaire seront traitées par votre Caisse d'affiliation pour instruire et gérer votre demande d'échéancier de paiement de cotisations et de contributions sociales. Conformément au RGPD, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, de limitation et d'opposition que vous pouvez exercer par voie postale auprès du Délégué à la protection des données de votre caisse d'affiliation.