

### TRES IMPORTANT

- Veuillez transmettre cette demande **avant le 15/09/2025**. Au-delà de cette date votre demande ne pourra pas être prise en compte.
- Veuillez nous retourner le présent questionnaire, dûment rempli et signé à l'adresse suivante :

**MSA BEAUCE CŒUR DE LOIRE – 5 RUE CHANZY – 28037 CHARTRES CEDEX**

ou par mail à l'adresse suivante : [contactprectx.blf@bcl.msa.fr](mailto:contactprectx.blf@bcl.msa.fr)

### 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 :**



santé  
famille  
retraite  
services

## Intervention du Fonds d'action sociale et sanitaire

DEMANDE DE PRISE EN CHARGE DE COTISATIONS DES COTISATIONS

### Aléas climatiques :

- Sécheresse  Gel  autres à préciser :
- Grêle  Inondations-crués

**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.

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			



## Intervention du Fonds d'action sociale et sanitaire

DEMANDE DE PRISE EN CHARGE DE COTISATIONS DES COTISATIONS

### Perspectives et propositions de règlement (échancier) :

### Documents obligatoires à retourner avec le formulaire (à défaut, votre demande ne pourra pas être traitée)

- 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.
- ❖ 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).

A _____ le ..... / ..... / 20	<b>Signature du demandeur :</b>
-------------------------------	---------------------------------

**ATTENTION : TOUT DOSSIER RECEPTIONNE INCOMPLET ET/OU NON SIGNE NE SERA PAS ETUDIE PAR LA COMMISSION ET DONC CONSIDERE COMME IRRECEVABLE**