santé famille retraite services
SUD CHAMPAGNE

DEMANDE D'AIDE AUX APPRENTIS

Pour bénéficier de l'aide aux apprentis *(conditions cumulatives)* :

La famille doit : - Etre allocataire à la MSA Sud Champagne ou être assuré maladie à la MSA Sud Champagne en l'absence de prestations familiales servies par un autre organisme.
- Avoir un quotient familial inférieur ou égal à 900 € le mois précédent la demande

L'apprenti doit : - Etre primo entrant en apprentissage
- Avoir moins de 25 ans
- Fréquenter un établissement situé en France métropolitaine et agréé par l'éducation nationale ou le ministère de l'agriculture
- Si alternance, percevoir une rémunération n'excédant pas 55 % du SMIC brut

Le document doit être retourné dûment complété et accompagné des justificatifs au plus tard le* 31 janvier de l'année scolaire en cours *:

Par courrier : MSA Sud Champagne – Service ASS
1 Avenue Maréchal Joffre
10000 TROYES

ou

Depuis votre Espace privé sur le site internet MSA :
Rubriques : Contacts & échanges / Envoyer un document
Indiquez dans votre message : « Demande d'aide ASS »

TOUTE DEMANDE INCOMPLETE NE SERA PAS TRAITEE

PARENT ALLOCATAIRE	**Numéro de sécurité sociale** : I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I **Nom :** _____ **Prénoms :** _____ **Adresse :** _____ **Code Postal :** I__I__I__I__I__I **Ville :** _____ **Téléphone :** |__|__|__|__|__|__|__|__|__|
ENFANT CONCERNE	**Numéro de sécurité sociale** : I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I **Nom :** _____ **Prénoms :** _____ **1ère année d'apprentissage *:*** ❒ **oui** ❒ **non** **Année scolaire concernée : 20___ - 20___** **Etablissement fréquenté :** _____ **Diplôme préparé :** _____

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur cette demande.
Je m'engage : - à faciliter toute enquête pour les vérifier,
- à vous faire connaître immédiatement toute modification de ma situation.

Je reconnais être informé(e) qu'une vérification de l'exactitude de mes déclarations et de l'authenticité des documents produits à l'appui de ma demande, peut être effectuée dans le cadre de l'exercice du droit de communication prévu par les articles L.114-19 à L.114-21 du code de la sécurité sociale.

Fait à : _____ Le : ____/____/_____

Conformément au Règlement européen n° 2016/679/UE du 27 avril 2016 et à la loi «informatique et libertés» du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données vous concernant auprès de votre organisme d'assurance retraite. En cas de difficultés dans l'application de ces droits, vous pouvez introduire une réclamation auprès de la Commission nationale Informatique et Libertés (CNIL). La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations en vue d'obtenir ou de tenter d'obtenir des avantages indus (art. 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 à 441-9 du code pénal). En outre, l'inexactitude, le caractère incomplet des déclarations ou l'absence de déclaration d'un changement de situation ayant abouti ou non au versement de prestations indues, peut faire l'objet d'une pénalité financière en application de l'article L114-17 du code de la sécurité sociale.

Signature du demandeur

PIECES A FOURNIR OBLIGATOIREMENT	Un certificat de scolarité de l'année scolaire en cours
	Le contrat d'apprentissage signé
	Une attestation de quotient familial du mois précédent la demande