### 



UNION EUROPEENNE



**DEMANDE DE PAIEMENT**

Règlement (UE) n° 1305/2013 du 17 décembre 2013

MESURE 5 : RECONSTITUTION DU POTENTIEL AGRICOLE ET MISE EN PLACE DE MESURES DE PREVENTION APPROPRIEE

**Type d’opération 5.1.1**

**« Investissements dans des actions préventives»**

Programme de Développement Rural de la Guadeloupe et Saint-Martin 2014-2020

**Veuillez lire attentivement la notice explicative qui accompagne le présent document.**

ATTENTION : Votre dossier de demande de paiement en original doit être déposé à la **Direction de l’Alimentation, de l’Agriculture et de la Forêt** éventuellement accompagné d’une version numérique sur clef USB, sur CD-ROM ou via e-mail (vous devez conserver un exemplaire à l’identique).

Adresse postale : St Phy, BP 651 – 97108 Basse-Terre cedex 09

Adresse électronique : [daaf971@agriculture.gouv.fr](mailto:cellulepartenariale.europe@cr-guadeloupe.fr)

V1

### N° de dossier OSIRIS : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nom du bénéficiaire : |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

### N° SIRET : |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| N° PACAGE : |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

### Libellé de l’opération : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

### 

Je soussigné, (nom, prénom du représentant de la structure) , …………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………

agissant en qualité de représentant légal de (nom de la structure bénéficiaire portée dans la décision) …………………………………………………………

demande le versement des aides qui ont été accordées par la décision attributive n°……………………………………………………………………………………

Je demande le versement dans le cadre d’une demande de :  avance  paiement n° 6

paiement n° 1  paiement n° 7

paiement n° 2  paiement n° 8

paiement n° 3  paiement n° 9

paiement n° 4  paiement n° 10

paiement n° 5  dernier paiement (solde)

Montant des dépenses réalisées à ce jour et relatives au projet : |\_\_|\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_| ,|\_\_|\_\_| €

Dont : Montant des dépenses éligibles présentées pour cette demande de paiement : |\_\_|\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_| ,|\_\_|\_\_| €

Montant de l’aide demandée pour cette demande de paiement : |\_\_|\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_| ,|\_\_|\_\_| €

J’ai pris connaissance que j’encours des sanctions si je présente des dépenses qui ne sont pas éligibles conformément à l’article 63 du règlement d’exécution (UE) n°809/2014 de la Commission du 17 juillet 2014.

Le service instructeur détermine :

* le montant de l’aide que je demande, basé seulement sur le contenu du présent formulaire de demande de paiement (= a)
* le montant de l’aide qui m’est due, après vérification de l’éligibilité de ma demande de paiement (= b)

Si le montant (a) dépasse le montant (b) de plus de 10%, alors, le montant qui me sera effectivement versé sera égal à (b - [a-b]

COORDONNEES DU COMPTE BANCAIRE POUR LEQUEL LE VERSEMENT DE L’AIDE EST DEMANDE

|  |
| --- |
| Vous avez un compte bancaire unique ou plusieurs comptes bancaires pour le versement des aides. Le service instructeur connaît ce(s) compte(s) et en possède le(s) RIB. Veuillez donner ci-après les coordonnées du compte choisi pour le versement de cette aide  Code établissement |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| Code guichet |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| N° de compte |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| Clé |\_\_|\_\_|  N° IBAN |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_|  BIC |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|  Vous avez un nouveau compte bancaire : veuillez joindre obligatoirement un RIB. |

DEPENSES ELIGIBLES REALISEES donnant lieu à des factures (chaque ligne doit être complètement renseignée) NSES

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nature de la dépense | Poste de dépense | Fournisseur à l’origine de la facture | N° Facture | Date émission de la facture | Date d’acquittement de la facture | Mode de paiement  (et N° du chèque, du mandat, du virement…) | Montant total de la facture ou montant correspondant sur la facture  HT  TTC | |
| Idem\* | Montant |
|  |  |  |  |  | Cliquez ici pour entrer une date. |  |  | |\_\_||\_\_||\_\_| |\_\_||\_\_||\_\_|, |\_\_||\_\_| |
|  |  |  |  |  | Cliquez ici pour entrer une date. |  |  | |\_\_||\_\_||\_\_| |\_\_||\_\_||\_\_|, |\_\_||\_\_| |
|  |  |  |  |  | Cliquez ici pour entrer une date. |  |  | |\_\_||\_\_||\_\_| |\_\_||\_\_||\_\_|, |\_\_||\_\_| |
|  |  |  |  |  | Cliquez ici pour entrer une date. |  |  | |\_\_||\_\_||\_\_| |\_\_||\_\_||\_\_|, |\_\_||\_\_| |
|  |  |  |  |  | Cliquez ici pour entrer une date. |  |  | |\_\_||\_\_||\_\_| |\_\_||\_\_||\_\_|, |\_\_||\_\_| |
|  |  |  |  |  | Cliquez ici pour entrer une date. |  |  | |\_\_||\_\_||\_\_| |\_\_||\_\_||\_\_|, |\_\_||\_\_| |
|  |  |  |  |  | Cliquez ici pour entrer une date. |  |  | |\_\_||\_\_||\_\_| |\_\_||\_\_||\_\_|, |\_\_||\_\_| |
|  |  |  |  |  | Cliquez ici pour entrer une date. |  |  | |\_\_||\_\_||\_\_| |\_\_||\_\_||\_\_|, |\_\_||\_\_| |
|  |  |  |  |  | Cliquez ici pour entrer une date. |  |  | |\_\_||\_\_||\_\_| |\_\_||\_\_||\_\_|, |\_\_||\_\_| |
|  |  |  |  |  | Cliquez ici pour entrer une date. |  |  | |\_\_||\_\_||\_\_| |\_\_||\_\_||\_\_|, |\_\_||\_\_| |
|  |  |  |  |  | Cliquez ici pour entrer une date. |  |  | |\_\_||\_\_||\_\_| |\_\_||\_\_||\_\_|, |\_\_||\_\_| |
| **TOTAL** | | | | | | | | |\_\_||\_\_||\_\_| |\_\_||\_\_||\_\_|, |\_\_||\_\_| | |

\* Si le montant total de la facture est pris en compte, merci de cocher Idem

\*\* Seuls les établissements privés qui ne récupèrent pas la TVA peuvent présenter des factures TTC (certains établissements publics peuvent être concernés, pour le vérifier, veuillez vous adresser au service instructeur).

NOTA : lorsque la facture concerne plusieurs investissements dont certains ne sont pas éligibles, il convient d’indiquer ceux qui sont éligibles (par exemple en surlignant sur la facture les montants à prendre en compte).

DEPENSES DE REMUNERATION AU REEL

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Description de l’intervention | Nom de l’intervenant | Coût horaire | | Temps consacré à l’action  (nb. d’heures / an) | Nb. d’heures travaillées par an | Frais salariaux liés à l’opération | Fiche de paie jointe |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
| **Total** |  | |  |  |  |  |  |

AUTRES FRAIS PROFESSIONNELS SUPPORTES PAR LE DEMANDEUR – frais de déplacement, hébergement, restauration

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Description de la dépense | Nom de l’agent | Identification du justificatif | Montant prévisionnel  HT TTC | Justificatif joint |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **TOTAL des dépenses** |  |  |  |  |

RECETTES GENEREES PAR L’OPERATION

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nature de la recette | Montant de la recette  (il peut s’agir d’une partie de la facture)  HT  TTC | N° de la facture | Date de la facture | Date d’acquittement | Facture jointe |
|  | |\_\_||\_\_||\_\_| |\_\_||\_\_||\_\_|, |\_\_||\_\_| |  | Cliquez ici pour entrer une date. | Cliquez ici pour entrer une date. |  |
|  | |\_\_||\_\_||\_\_| |\_\_||\_\_||\_\_|, |\_\_||\_\_| |  | Cliquez ici pour entrer une date. | Cliquez ici pour entrer une date. |  |
|  | |\_\_||\_\_||\_\_| |\_\_||\_\_||\_\_|, |\_\_||\_\_| |  | Cliquez ici pour entrer une date. | Cliquez ici pour entrer une date. |  |
| TOTAL |  |  | | | |

# PLAN DE FINANCEMENT REALISE (pour la demande de solde uniquement)

|  |  |
| --- | --- |
|  | (Montant en euros) |
| **Coût global du projet (A)** |  |
| **Recettes générées par le projet (B)** |  |
| **Coût total du projet hors recettes (C) = (A) – (B)** |  |
| **Montant total des aides attendues et versées (D) = taux d’aide \* (C)** |  |
| **Montant de l’apport du bénéficiaire (hors recettes) (C) – (D)** |  |
| Dont montant apporté par autofinancement |  |

# INDICATEUR DE REALISATION (OBLIGATOIRE pour la dernière demande de paiement)

Renseignez obligatoirement les indicateurs ci-dessous au moment de votre dernière demande de paiement.

Age et sexe du bénéficiaire (ou du représentant de la structure, le cas échéant):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | < 40 ans | >= 40 ans |
| Hommes |  |  |
| Femmes |  |  |
| Total |  |  |

# LISTE DES PIECES JUSTIFICATIVES A FOURNIR A L’APPUI DE VOTRE DEMANDE

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Pièces** | **Type de demandeur concerné** | **Pièce jointe** | **Pièce déjà fournie** | **Sans objet** |
| Exemplaire original du présent formulaire de demande de paiement complété, signé et daté | Tous |  |  |  |
| Pièces justificatives des dépenses réalisées :  - factures acquittées (visées par le fournisseur ou constructeur portant les mentions de date et moyen de règlement OU la copie du relevé de compte )  - OU tableau récapitulatif signé par un tiers habilité (expert comptable, commissaire aux comptes ou comptable public) | Tous |  |  |  |
| Copie des bulletins de salaire, journal de paie ou DADS | Pour les dépenses de personnel |  |  |  |
| Copie de fiche de poste ou lettre de mission ou contrat de travail | Pour les dépenses de personnel, si la personne est affectée à 100% de son temps de travail ou le pourcentage du temps de travail affecté à la mission est fixe d’un mois sur l’autre |  |  |  |
| - Copie de fiche de temps passé datée et signée par le salarié et son responsable hiérarchique  OU  - Extraits de logiciel de gestion de temps | Pour les dépenses de personnel et si la personne est affectée en partie de son temps de travail à l’opération avec une variabilité du temps passé d’un mois sur l’autre |  |  |  |
| Relevé d’identité bancaire | Tous |  |  |  |
| Preuve du respect de l’engagement de faire la publicité de la participation communautaire | Si le bénéficiaire est concerné |  |  |  |
| Garantie du montant de l’avance | Si le demandeur souhaite obtenir une avance |  |  |  |
| Autres pièces, à préciser : |  |  |  |  |

**ATTESTATIONS ET ENGAGEMENTS**

J’atteste (nous attestons) sur l’honneur :

Que je n’ai (nous n’avons) pas sollicité pour le même projet et les mêmes investissements, une ou des aides autres que

celles indiquées sur le présent formulaire de demande de paiement

L’exactitude des renseignements fournis dans le présent formulaire et les pièces jointes.

Certifié exact et sincère, le |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| à \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Signature(s), qualité(s) et état(s) civil(s) du demandeur ou du représentant légal (visé en page 1)

Cachet du demandeur

Je suis informé(e) (nous sommes informés) que l’ensemble des informations recueillies dans le présent formulaire font l’objet d’un traitement informatique destiné à la gestion de mon dossier de demande d’aide. Les destinataires des données sont l’Agence de Services et de Paiement (ASP), le Ministère de l’Agriculture, de l’Alimentation et de la Forêt et la Région Guadeloupe. Conformément à la loi « informatique et libertés » n°78-17 du 6 janvier 1978, je bénéficie (nous bénéficions) d’un droit d’accès et de rectification aux informations me concernant, je peux m’adresser au Conseil Régional de Guadeloupe.