

5









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 <u>en original</u> 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

N° de dossier OSIRIS : Nom du bénéficiaire : _
N° SIRET :
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° 2 paiement n° 8 paiement n° 3 paiement n° 3 paiement n° 4 paiement n° 1 paiement n° 9 paiement n° 4 paiement n° 10 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 d 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)

Nature de la dépense	Poste de dépense	Fournisseur à l'origine de la facture	N° Facture	Date émission de la facture	Date d'acquittement	Mode de paiement (et N° du chèque, du	Mor	ntant total de la facture ou montant correspondant sur la facture HT TTC
		racture				de la facture	mandat, du virement)	Idem*
								_ _ _
								_ _ _ _
								- - - - - - - -
								- - - - - - - -
								- - - - - - - - -
								_ _ _
								_ _ _ _
								- - - - - - - - -
								_ _ _ _
								_ _ _ _
								_ _ _ _
*61		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
	_ _ , _				
	_ _ , _				
	_ _ , _				
TOTAL					

	(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 (<u>OBLIGATOIRE</u> pour la dernière demande de paiement)

Renseignez <u>obligatoirement</u> 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 <u>OU</u> 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 :
Jacteste (110ds attestoris) sur mornieur.
 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
-6-

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.