



DEMANDE DE PAIEMENT

Règlement (UE) n° 1305/2013 du 17 décembre 2013
MESURE 16 – Coopération

Dispositif 16.2 « Accompagnement de projets pilotes et pour le développement de nouveaux produits, pratiques, procédés et techniques » 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
Standard : 0590 99 09 09

Mise à jour septembre 2017 – 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 :

<input type="checkbox"/> avance	<input type="checkbox"/> paiement n° 6
<input type="checkbox"/> paiement n° 1	<input type="checkbox"/> paiement n° 7
<input type="checkbox"/> paiement n° 2	<input type="checkbox"/> paiement n° 8
<input type="checkbox"/> paiement n° 3	<input type="checkbox"/> paiement n° 9
<input type="checkbox"/> paiement n° 4	<input type="checkbox"/> paiement n° 10
<input type="checkbox"/> paiement n° 5	<input type="checkbox"/> 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 : _____ €

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.

La DAAF de Guadeloupe 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. La DAAF de Guadeloupe 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.

Récapitulatif des dépenses réalisées et présentées

Dépenses éligibles réalisées et présentées au titre du PDRG-SM (charges de structure, frais généraux, frais de personnel, frais administratifs, études, coûts liés à la communication)	Montant éligible présenté en € figurant dans les annexes
Frais de personnel (Salaires et charges salariales)	_ _ _ _ _ _ _ _ _ , _ _ _ _ €
Frais de déplacement (directement liés à l'opération)	_ _ _ _ _ _ _ _ _ , _ _ _ _ €
Frais de sous-traitance et prestations de service	_ _ _ _ _ _ _ _ _ , _ _ _ _ €
Achats de fournitures, consommables et matériels (directement liés à l'opération)	
TOTAL DES DEPENSES ELIGIBLES PRESENTEES AU TITRE DU PDRG-SM	_ _ _ _ _ _ _ _ _ , _ _ _ _ €

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	
Dont montant apporté par les contributions en nature	

INDICATEURS

A remplir à la demande de solde

- Total des dépenses publiques au titre de l'opération: |_|_|_|_|_| |_|_|_|_|_|, |_|_|_|_|_| €
- Nombre d'opérations de coopération : |_|_|_|_|_| |_|_|_|_|_|
- Nombre d'exploitations agricoles participant à la coopération/promotion locale entre les acteurs de la chaîne d'approvisionnement |_|_|_|_|_| |_|_|_|_|_|
- Nombre d'emploi créé :
- Nombre d'emploi créé (homme) :
- Nombre d'emploi créée (femme) :

LISTE DES PIÈCES JUSTIFICATIVES A FOURNIR A L'APPUI DE VOTRE DEMANDE

Pièces	Type de demandeur concerné	Pièce jointe	Pièce déjà fournie	Sans objet
Original formulaire de demande paiement complété, signé , daté	Tous	<input type="checkbox"/>		
Annexes complétées, datées et signées	Tous	<input type="checkbox"/>		
Justificatifs 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	<input type="checkbox"/>		
Relevé d'identité bancaire	Tous	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Preuve du respect de l'engagement de faire la publicité de la participation communautaire	Si le bénéficiaire est concerné	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bulletins de salaire, journal de paie ou DADS	Pour les dépenses de personnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Copie de fiche de poste ou lettre de mission ou contrat de travail	Pour les dépenses de personnel et si la personne est affectée à 100% de son temps de travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- 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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Garantie du montant de l'avance	Si le demandeur souhaite obtenir une avance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Livrables attestant de la réalisation du projet	Tous	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Attestation de début des travaux	Tous	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Attestation de fin de travaux	Tous	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres pièces, à préciser :		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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 à la DAAF Guadeloupe ;

ANNEXE 1- FRAIS FAISANT L'OBJET D'UNE FACTURATION °

Poste de dépense	Nom du fournisseur à l'origine de la facture	Libellé de la dépense sur la facture	N° facture	Date 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		Marché public		
							<input type="checkbox"/> HT	<input type="checkbox"/> TTC	Oui	Non	
							Idem*	Montant			
									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
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 également concernés)

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)

Maître d'ouvrage	Comptable public, commissaire aux comptes ou expert-comptable
Je certifie que les dépenses figurant ci-dessus ont été acquittées par la structure qui demande le paiement de la subvention.	Je certifie que les dépenses figurant ci-dessus ont été acquittées par la structure qui demande le paiement de la subvention.
Certifié exact et sincère, le	Certifié exact et sincère, le
Nom, prénom et qualité du représentant légal de la structure :	Nom, prénom et qualité du représentant de la structure :
Cachet et signature :	Cachet et signature :

ANNEXE 2 – FRAIS DE PERSONNEL SUPPORTES PAR LE MAITRE D'OUVRAGE

Poste de dépense	Nature de l'intervention	Nom du salarié	Coût salarial (salaire brut et charges patronales) sur la période de référence (a)	Nombre de jours travaillés sur la durée de la période de référence (b)	Nombre de jour dédiés à l'opération (c)	Frais salariaux consacrés au projet	Justificatif joint (cocher)
TOTAL							

Maître d'ouvrage	Comptable public, commissaire aux comptes ou expert-comptable
<p>Je certifie que les dépenses figurant ci-dessus ont été acquittées par la structure qui demande le paiement de la subvention.</p> <p>Certifié exact et sincère, le</p> <p>Nom, prénom et qualité du représentant légal de la structure :</p> <p>Cachet et signature :</p>	<p>Je certifie que les dépenses figurant ci-dessus ont été acquittées par la structure qui demande le paiement de la subvention.</p> <p>Certifié exact et sincère, le</p> <p>Nom, prénom et qualité du représentant de la structure :</p> <p>Cachet et signature :</p>

ANNEXE 3 –DEPENSES SUR FRAIS REELS ET FORFAITISES

A) Dépenses sur frais réels

Poste de dépense	Nom de l'intervenant générant des frais professionnels	Nature des frais	N°de facture	Date de facture	Date d'acquittement	Montant HT	Montant TVA	La note de frais a-t-elle été remboursée à l'intervenant ?	
								<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
								<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
								<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
								<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
								<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
								<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
TOTAL (B)									

B) Dépenses forfaitisées

Poste de dépense	Nature des frais	Montant du coût unitaire/forfait	Décompte	Montant des frais	N°facture	Date de facture	Date d'acquittement	Montant des frais HT	Montant des frais TVA	La note de frais a-t-elle été remboursée à l'intervenant ?	
										<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
										<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
										<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
										<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
TOTAL (C)										<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Maître d'ouvrage	Comptable public, commissaire aux comptes ou expert-comptable
<p>Je certifie que les dépenses figurant ci-dessus ont été acquittées par la structure qui demande le paiement de la subvention.</p> <p>Certifié exact et sincère, le</p> <p>Nom, prénom et qualité du représentant légal de la structure :</p> <p>Cachet et signature :</p>	<p>Je certifie que les dépenses figurant ci-dessus ont été acquittées par la structure qui demande le paiement de la subvention.</p> <p>Certifié exact et sincère, le</p> <p>Nom, prénom et qualité du représentant de la structure :</p> <p>Cachet et signature :</p>

ANNEXE 4 DEPENSES PRORATISEES

Tableau des dépenses

N° de ligne	Description dépense	Dénomination du fournisseur	Identifiant justificatif	Poste	Montant prévisionnel HT	Montant prévisionnel TTC	Justificatif joint
TOTAL							

Tableau d'application de la proratisation

N° de ligne	Référence pour l'opération	Référence du demandeur	Taux de proratisation	Unité associée au taux de proratisation (ex. : ETP)	Montant HT après proratisation	Montant TTC après proratisation
TOTAL						

Maître d'ouvrage	Comptable public, commissaire aux comptes ou expert-comptable
Je certifie que les dépenses figurant ci-dessus ont été acquittées par la structure qui demande le paiement de la subvention. Certifié exact et sincère, le Nom, prénom et qualité du représentant légal de la structure : Cachet et signature :	Je certifie que les dépenses figurant ci-dessus ont été acquittées par la structure qui demande le paiement de la subvention. Certifié exact et sincère, le Nom, prénom et qualité du représentant de la structure : Cachet et signature :