### 



UNION EUROPEENNE



**DEMANDE DE PAIEMENT**

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

MESURE 16 – Coopération

**Dispositif 16.7 « Aide à la mise en œuvre de stratégies locales de développement qui ne sont pas menées par des acteurs locaux»**

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 la Croissance Verte du Conseil régional**, 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 : rue Paul Lacavé, Petit Paris – 97109 BASSE-TERRE cedex

Adresse électronique : [benjamin.moustache@cr-guadeloupe.fr](mailto:cellulepartenariale.europe@cr-guadeloupe.fr)

Standard : 0590 80 40 40

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 :  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 : |\_\_|\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_| ,|\_\_|\_\_| €

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 Conseil régional 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])

|  |
| --- |
| 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. |

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

**Récapitulatif des dépenses réalisées et présentées**

|  |  |
| --- | --- |
| **Dépenses éligibles réalisées et présentées au titre du PDRG-SM** | **Montant éligible présenté en € figurant dans les annexes** |
| Etude de faisabilité | |\_\_|\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_|,|\_\_|\_\_| € |
| Diagnostic de territoire | |\_\_|\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_|,|\_\_|\_\_| € |
| Frais animation | |\_\_|\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_|,|\_\_|\_\_| € |
| Action d’information | |\_\_|\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_|,|\_\_|\_\_| € |
| Action communication | |\_\_|\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_|,|\_\_|\_\_| € |
| Assistance aux porteurs | |\_\_|\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_|,|\_\_|\_\_| € |
| Frais de fonctionnement (hors personnel) | |\_\_|\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_|,|\_\_|\_\_| € |
| Frais de petit équipement | |\_\_|\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_|,|\_\_|\_\_| € |
| **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 |  |

**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 |\_\_|\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_|

# LISTE DES PIECES 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 |  |  |  |
| Annexes complétées, datées et signées | Tous |  |  |  |
| 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 |  |  |  |
| Relevé d’identité bancaire | Tous |  |  |  |
| Preuve du respect de l’engagement de faire la publicité de la participation communautaire | Si le bénéficiaire est concerné |  |  |  |
| 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 et si la personne est affectée à 100% de son temps de travail |  |  |  |
| - 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 |  |  |  |
| Garantie du montant de l’avance | Si le demandeur souhaite obtenir une avance |  |  |  |
| Livrables attestant de la réalisation du projet | Tous |  |  |  |
| Justificatifs du respect du droit de la commande publique | Si le demandeur est concerné |  |  |  |
| Attestation de début des travaux | Tous |  |  |  |
| Attestation de fin de travaux | Tous |  |  |  |
| 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 à la Direction de la Croissance Verte du Conseil régional de Guadeloupe ;

ANNEXE 1- FRAIS FAISANT L’OBJET D’UNE FACTURATION ° NSES

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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  HT  TTC | | Marché public | |
| Idem\* | Montant | Oui | Non |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | ☐ ☐ | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | ☐ ☐ | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | ☐ ☐ | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | ☐ ☐ | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | ☐ ☐ | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | ☐ ☐ | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | ☐ ☐ | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | ☐ ☐ | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | ☐ ☐ | |
| **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.  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 : |

**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** |
| 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 : |

**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 ?** | |
|  |  |  |  |  |  |  |  | **☐Oui** | **☐ Non** |
|  |  |  |  |  |  |  |  | **☐ Oui** | **☐ Non** |
|  |  |  |  |  |  |  |  | **☐ Oui** | **☐ Non** |
|  |  |  |  |  |  |  |  | **☐ Oui** | **☐ Non** |
|  |  |  |  |  |  |  |  | **☐ Oui** | **☐ 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 ?** | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **☐Oui** | **☐ Non** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **☐ Oui** | **☐ Non** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **☐ Oui** | **☐ Non** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **☐ Oui** | **☐ Non** |
| **TOTAL ( C)** |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **☐ Oui** | **☐ Non** |

|  |  |
| --- | --- |
| **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 : |

**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 : |