









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)

d'une version numérique sur clef USB, sur CD-ROM ou via e- Adresse postale : rue Paul Lacavé, Petit Paris – 97109 BASSE-T Adresse électronique : <u>benjamin.moustache@cr-guadeloupe.fr</u> <u>Standard</u> : 0590 80 40 40	•	r un exemplaire à l'îdentique).	
N° de dossier OSIRIS :	Nom du bénéficia	ire : _ _	_ _ _
N° SIRET : Libellé de l'opération :	N° PACAGE :		
Je soussigné, (nom, prénom du représentant de la stru	•		
agissant en qualité de représentant légal de (nom de la	•	•	
demande le versement des aides qui ont été accordées	par la décision attributi	ve n°	
Je demande le versement dans le cadre d'une demand	paier paier paier paier paier	ce nent n° 1 nent n° 2 nent n° 3 nent n° 4 nent n° 5	paiement n° 6 paiement n° 7 paiement n° 8 paiement n° 9 paiement n° 10 dernier paiement (solde)
Montant des dépenses réalisées à ce jour et relatives au	u projet : _	_ , €	
Dont : Montant des dépenses éligibles présentées pour	cette demande de paie	ment : _	. , €
☐ J'ai pris connaissance que j'encours des sanctions règlement d'exécution (UE) n°809/2014 de la Commission		penses qui ne sont pas élig	ibles conformément à l'article 63 d
Le Conseil régional de Guadeloupe détermine : - le montant de l'aide que je demande, basé seuleme - le montant de l'aide qui m'est due, après vérification	•		e de paiement (= a)
Si le montant (a) dépasse le montant (b) de plus de 10%			
COORDONNEES DU COMPTE BANCAIRE POUR	R LEQUEL LE VERSI	EMENT DE L'AIDE EST I	DEMANDE
☐ Vous avez un compte bancaire unique ou plusieurs ce(s) compte(s) et en possède le(s) RIB. Veuillez donne			
Code établissement _ _ Code guich	et _ _	N° de compte	_ _ Clé
N° IBAN	_ _	_ _ _ _	.l

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	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	àla	a de	mande	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 <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			
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 :				
'atteste (nous attestons) sur l'honneur :				

	•	•						
☐ Que	e je n'ai (nous n	'avons) pas solli	icité pour le m	nême projet et	les mêmes in	vestissements,	une ou des a	aides autres que
celle	es indiquées sur	r le présent forn	nulaire de der	mande de paie	ment			
☐ L'ex	actitude des rei	nseignements fo	ournis dans le	présent formu	ulaire et les piè	èces 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 » nº78-17 du 6 janvier 1978, je bénéficie (nous bénéficions) d'un droit d'accès et de rectification aux informations me concernant, je peux Guadeloupe; m'adresser la Direction de la Croissance Verte Conseil régional

ANNEXE 1- FRAIS FAISANT L'OBJET D'UNE FACTURATION $^\circ$

Poste de dépense	Nom du fournisseur à l'origine de la facture	ne de la Libera de la depense Nacture Date de la d'acquittement (et N° c		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	OTAL.									

* 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				
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 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	a-t-e rembo	e de frais lle été oursée à venant ?
								□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/forfai t	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.	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 4 DEPENSES PRORATISEES <u>Tableau des dépenses</u>

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.	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 :			