

- Nature de la surface soutenue :
- Nombre d'exploitations impliquées dans la coopération :
- Nombre de porteurs de projet ONG (association) :
- Nombre de porteurs de projet GAL :
- Nombre de porteurs de projet organisme public :
- Nombre de porteur de projet PME :
- Nombre d'autres porteurs de projet :
- Eligibilité géographique (pourcentage hors zone) :
- Secteur :
- [Indicateurs de réalisation spécifiques au GAL ; à compléter avec l'aide du GAL]
- [Indicateurs de réalisation spécifiques au GAL ; à compléter avec l'aide du GAL]

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

Pièces	Type de demandeur concerné / type de projet concerné	Pièce jointe	Pièce déjà fournie à l'administration	Sans objet
Exemplaire original du présent formulaire de demande de paiement complété	Tous	<input type="checkbox"/>		
Annexe 1 du formulaire de demande de paiement	Si vous présentez des dépenses sur factures	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Justificatifs des dépenses sur factures présentées sur l'annexe 1 : factures acquittées, relevés de compte, mandats.		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Annexe 2 du formulaire de demande de paiement	Si frais salariaux	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Justificatifs des dépenses de rémunération :		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> • Bulletins de salaires de l'année n ; • Contrat de travail, fiche de poste, lettre de mission de l'année n ; • Suivi de temps passé pour les salariés dont l'activité n'est pas exclusivement consacrée à l'opération ; • Attestation ou pièces justificatives du temps consacré par le ou les salariés à l'opération ; • Convention de mise à disposition 		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Annexe 3 du formulaire de demande de paiement	Si autres dépenses liées à l'opération	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Justificatifs :		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> • Note de frais détaillée exclusivement dédiée à l'opération, signée par le responsable de la structure ; • Relevé de comptes, mandats. • Barème kilométrique utilisé 		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Copie des documents valant notification de marché pour les entreprises retenues	Si le bénéficiaire est soumis au respect de la commande publique sur l'opération	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Documents attestant de la forme écrite du marché, du respect de sa mise en concurrence et de la publicité, en fonction des seuils fixés par la réglementation, tels que précisés dans la notice, rapport d'analyse, procès-verbal etc.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Justificatifs du versement des aides publiques perçues sur l'opération	En cas d'aide de financements publics hors Région Nouvelle-Aquitaine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Relevé de compte de la structure maître d'ouvrage du projet ou attestation de versement du financeur privé	Pour les financements privés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Copie de la convention de sous-traitance liant le bénéficiaire au partenaire	En cas de dépenses de type « frais de sous-traitance »	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déclaration de début d'exécution de l'opération	Tous	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Preuve de la publicité communautaire (logos leader, Europe et mention)	Tous	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
RIB-IBAN (ou copie lisible) ⁽²⁾	Dans le cas où vous souhaitez que l'aide soit versée sur un autre compte que celui indiqué dans l'en-tête du formulaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Le cas échéant le GAL ou le service instructeur pourront demander des pièces complémentaires jugées nécessaires à l'instruction du projet.

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, au Conseil régional de Guadeloupe ;

ANNEXE 2 – FRAIS SALARIAUX (Temps de travail consacré à l'opération) :*Un enregistrement du temps de travail est indispensable*

Nature de l'intervention	Année de réalisation	Nom et prénom de l'intervenant	Qualification ¹	Salaire brut annuel + charges patronales en € (a)	Nombre de jours travaillés par an (b)	Coût journalier en € (c) = (a) / (b)	Nombre de jours consacrés à l'intervention ²	Frais salariaux présentés ³ en €	Fiche de paie jointe (ou autre justificatif)
									<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"/>
									<input type="checkbox"/>
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 –AUTRES TYPES DE DEPENSES (notes de frais, barème kilométrique,...)

A) Dépenses sur frais réels

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

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'acquiescement	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
										<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>

C) Dépenses proratisées

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 :

