UNION EUROPÉENNE
FONDS EUROPÉEN AGRICOLE POUR LE DÉVELOPPEMENT RURAL

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
PREFECTURE DE LA REGION MARTINIQUE

Région Martinique

Conseil Général de la Martinique

cerfa

FORMULAIRE DE DEMANDE DE PAIEMENT

(DISPOSITIF N° 313 DU PROGRAMME DE DEVELOPPEMENT RURAL DE MARTINIQUE)

Avant de remplir cette demande, veuillez lire attentivement la notice d'information.

Veuillez transmettre l'original rempli lisiblement à l'encre noire ou bleue à la DAAF de MARTINIQUE (97262, Fort de France) et conserver un exemplaire.

INTITULE DU PROJET : _____

_____ (A REMPLIR PAR LE DEMANDEUR)

Cadre réservé à l'administration

N° de dossier OSIRIS : _____ Nom du bénéficiaire : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

N° SIRET : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Libellé de l'opération : _____

N° du compte bancaire sur lequel le versement de l'aide est demandé

Code établissement |__|__|__|__|__| Code guichet |__|__|__|__|__| N° de compte |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| Clé |__|__|

Je, soussigné(e), *(nom, prénom du représentant de la structure)* .....

agissant en qualité de représentant légal de *(nom de la structure bénéficiaire de la décision)* .....

demande le versement des aides qui ont été accordées à *(nom de la structure)* .....

par la décision attributive n° ..... (de la Préfecture de Région, du Conseil régional, du Conseil général, …).

Je demande le versement ☐ d'un acompte ☐ du solde

Montant des dépenses réalisées à ce jour : |__|__|__| |__|__|__|, |__|__|

Dont : Montant des dépenses éligibles présentées pour la demande de paiement : |__|__|__| |__|__|__|, |__|__|

Montant de la TVAnpr correspondant aux dépenses éligibles de cette demande : |__|__|__| |__|__|__|, |__|__|

☐ **J'ai pris connaissance que j'encours des sanctions si je présente des dépenses qui ne sont pas éligibles :**

La DAAF de MARTINIQUE 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 3%, alors, le montant qui me sera effectivement versé sera égal à (b - [a-b])

Pour les personnes morales :

Je certifie que les dépenses figurant dans ce récapitulatif ont été réellement supportées par la structure qui demande le paiement de la subvention, et n'ont fait l'objet d'aucune remise, rabais, ristourne, ou avoir. Je certifie que le matériel ainsi acquis n'a pas été revendu.

Certifié exact et sincère, le (date) : _____

Nom, prénom du **représentant de la structure** : _____

Qualité : _____

Cachet et signature :

Pour les personnes physiques :

Je certifie que les dépenses figurant dans ce récapitulatif ont été réellement supportées par la structure qui demande le paiement de la subvention, et n'ont fait l'objet d'aucune remise, rabais, ristourne, ou avoir. Je certifie que le matériel ainsi acquis n'a pas été revendu.

Certifié exact et sincère, le (date) : _____

Nom, prénom _____

Signature

COORDONNEES DU COMPTE BANCAIRE SUR LEQUEL VOUS DEMANDEZ LE VERSEMENT DE L'AIDE

☐ Vous avez un compte bancaire unique ou plusieurs comptes bancaires pour le versement des aides. La DAAF de MARTINIQUE connaît ce(s) compte(s). Veuillez donner ci-après les coordonnées du compte sur lequel vous demandez le versement de l'aide, ou joindre un RIB :

Code établissement |__|__|__|__|__| Code guichet |__|__|__|__|__| N° de compte |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| Clé |__|__|

☐ Vous avez un nouveau compte bancaire : veuillez joindre obligatoirement un RIB.

DEPENSES ELIGIBLES REALISEES DONNANT LIEU A DES FACTURES

Nature de l'investissement	Montant de l'investissement éligible[1] ☐HT ☐TTC [2]	Montant total de la facture ou montant correspondant sur la facture ☐HT ☐TTC [2]		Nom du Fournisseur à l'origine de la facture	N° de la facture	Date d'acquittement de la facture	Auto-construction
	|__||__||__| |__||__||__|, |__||__|	Idem	Autre montant (à préciser)				☐
	|__||__||__| |__||__||__|, |__||__|	☐	|__||__||__| |__||__||__|, |__||__|				☐
	|__||__||__| |__||__||__|, |__||__|	☐	|__||__||__| |__||__||__|, |__||__|				☐
	|__||__||__| |__||__||__|, |__||__|	☐	|__||__||__| |__||__||__|, |__||__|				☐
	|__||__||__| |__||__||__|, |__||__|	☐	|__||__||__| |__||__||__|, |__||__|				☐
	|__||__||__| |__||__||__|, |__||__|	☐	|__||__||__| |__||__||__|, |__||__|				☐
	|__||__||__| |__||__||__|, |__||__|	☐	|__||__||__| |__||__||__|, |__||__|				☐
	|__||__||__| |__||__||__|, |__||__|	☐	|__||__||__| |__||__||__|, |__||__|				☐
	|__||__||__| |__||__||__|, |__||__|	☐	|__||__||__| |__||__||__|, |__||__|				☐
	|__||__||__| |__||__||__|, |__||__|	☐	|__||__||__| |__||__||__|, |__||__|				☐
	|__||__||__| |__||__||__|, |__||__|	☐	|__||__||__| |__||__||__|, |__||__|				☐
	|__||__||__| |__||__||__|, |__||__|	☐	|__||__||__| |__||__||__|, |__||__|				☐
	|__||__||__| |__||__||__|, |__||__|	☐	|__||__||__| |__||__||__|, |__||__|				☐
	|__||__||__| |__||__||__|, |__||__|	☐	|__||__||__| |__||__||__|, |__||__|				☐
	|__||__||__| |__||__||__|, |__||__|	☐	|__||__||__| |__||__||__|, |__||__|				☐
	|__||__||__| |__||__||__|, |__||__|	☐	|__||__||__| |__||__||__|, |__||__|				☐
	|__||__||__| |__||__||__|, |__||__|	☐	|__||__||__| |__||__||__|, |__||__|				☐
	|__||__||__| |__||__||__|, |__||__|	☐	|__||__||__| |__||__||__|, |__||__|				☐
	|__||__||__| |__||__||__|, |__||__|	☐	|__||__||__| |__||__||__|, |__||__|				☐
TOTAL	|__||__||__| |__||__||__|, |__||__|						

(1) les montants doivent être exprimés hors retenues de garantie

(2) Seuls les établissements privés qui ne récupèrent pas la TVA peuvent présenter des factures TTC (certains établissements public peuvent être concernés, pour le vérifier, veuillez vous adresser à la DAAF Martinique)

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 les montants à prendre en compte).

Certifié exact et sincère, le |__|__|__|__|__|__|__|__| à _____

Signature(s), qualité(s) et état(s) civil(s) du demandeur ou du représentant légal *(visé en page1)*

Cachet du demandeur

FRAIS SALARIAUX SUPPORTES PAR LE DEMANDEUR

Nature de l'intervention prévue	Division[1]	Année	Nom de l'intervenant[2]	CDD /CDI	Salaire annuel brut + Charges patronales [a]	Temps prévisionnel consacré à cette action (nb de jours/ an) [b]	Nombre de jours travaillés par an pour le salarié [c] [3]	Frais salariaux liés à l'opération [a x(b/c)]	Dernière fiche de paie ou autre justificatif joint
		|__|__|			|__|__|__| |__|__|__|, |__|__|	|__|__|__|	|__|__|__|	|__|__|__| |__|__|__|, |__|__|	☐
		|__|__|			|__|__|__| |__|__|__|, |__|__|	|__|__|__|	|__|__|__|	|__|__|__| |__|__|__|, |__|__|	☐
		|__|__|			|__|__|__| |__|__|__|, |__|__|	|__|__|__|	|__|__|__|	|__|__|__| |__|__|__|, |__|__|	☐
		|__|__|			|__|__|__| |__|__|__|, |__|__|	|__|__|__|	|__|__|__|	|__|__|__| |__|__|__|, |__|__|	☐
		|__|__|			|__|__|__| |__|__|__|, |__|__|	|__|__|__|	|__|__|__|	|__|__|__| |__|__|__|, |__|__|	☐
		|__|__|			|__|__|__| |__|__|__|, |__|__|	|__|__|__|	|__|__|__|	|__|__|__| |__|__|__|, |__|__|	☐
		|__|__|			|__|__|__| |__|__|__|, |__|__|	|__|__|__|	|__|__|__|	|__|__|__| |__|__|__|, |__|__|	☐
		|__|__|			|__|__|__| |__|__|__|, |__|__|	|__|__|__|	|__|__|__|	|__|__|__| |__|__|__|, |__|__|	☐
		|__|__|			|__|__|__| |__|__|__|, |__|__|	|__|__|__|	|__|__|__|	|__|__|__| |__|__|__|, |__|__|	☐
TOTAL des dépenses prévues						|__|__|__|		|__|__|__| |__|__|__|, |__|__|	

(1) 1 : réseau rural, 2 : communication ; 3 : gestion, suivi,…

(2) Si le nom n'est pas connu, indiquer le niveau de qualification (par exemple ingénieur ou technicien) ; le nom sera alors communiqué au service gestionnaire dès que possible.

(3) Le nombre de jours travaillés par an est en règle générale de l'ordre de 200 jours/an., selon les modalités d'application de l'aménagement du temps de travail choisies dans la structure qui demande l'aide. Ce point pourra faire l'objet d'un contrôle.

Certifié exact et sincère, le |__|__|__|__|__|__|__|__| à _____

Signature(s), qualité(s) et état(s) civil(s) du demandeur ou du représentant légal *(visé en page1)*

Cachet du demandeur

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 [1]	N° de la facture / du reçu ou de la preuve de perception	Date d'émission	Date d'acquittement
	|__|__| |__|__|__|, |__|__|			
	|__|__| |__|__|__|, |__|__|			
	|__|__| |__|__|__|, |__|__|			
	|__|__| |__|__|__|, |__|__|			
	|__|__| |__|__|__|, |__|__|			
	|__|__| |__|__|__|, |__|__|			
	|__|__| |__|__|__|, |__|__|			
	|__|__| |__|__|__|, |__|__|			
	|__|__| |__|__|__|, |__|__|			
	|__|__| |__|__|__|, |__|__|			
	|__|__| |__|__|__|, |__|__|			
	|__|__| |__|__|__|, |__|__|			
	|__|__| |__|__|__|, |__|__|			
	|__|__| |__|__|__|, |__|__|			
	|__|__| |__|__|__|, |__|__|			
	|__|__| |__|__|__|, |__|__|			
	|__|__| |__|__|__|, |__|__|			
	|__|__| |__|__|__|, |__|__|			
	|__|__| |__|__|__|, |__|__|			
	|__|__| |__|__|__|, |__|__|			
	|__|__| |__|__|__|, |__|__|			
TOTAL	|__|__| |__|__|__|, |__|__|			

[1] Seuls les établissements privés qui ne récupèrent pas la TVA peuvent présenter des factures TTC (certains établissements public peuvent être concernés, pour le vérifier, veuillez vous adresser à la DAAF Martinique)

Certifié exact et sincère, le |__|__|__|__|__|__|__|__| à _____

Signature(s), qualité(s) et état(s) civil(s) du demandeur ou du représentant légal *(visé en page1)*

Cachet du demandeur

PLAN DE FINANCEMENT REALISE (pour la demande de solde uniquement)

Financeurs sollicités	Montant des aides attendues et/ou versées en €
Etat	|__|__|__| |__|__|__|, |__|__|
Région	|__|__|__| |__|__|__|, |__|__|
Département	|__|__|__| |__|__|__|, |__|__|
Union Européenne (FEADER)	|__|__|__| |__|__|__|, |__|__|
Autre (précisez) _____	|__|__|__| |__|__|__|, |__|__|
Sous-total financeurs publics (a)	|__|__|__| |__|__|__|, |__|__|
Auto - financement	|__|__|__| |__|__|__|, |__|__|
Emprunt	|__|__|__| |__|__|__|, |__|__|
Recettes générées par l'opération	|__|__|__| |__|__|__|, |__|__|
Sous-total de l'apport hors aide (b)	|__|__|__| |__|__|__|, |__|__|
TOTAL général = coût de l'opération (a+b)	|__|__|__| |__|__|__|, |__|__|

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.

INDICATEURS DE RÉALISATION (POUR LA DERNIERE DEMANDE DE PAIEMENT)

Renseignez les indicateurs ci-dessous au moment de votre dernière demande de paiement

Nombre d'emplois créées : _____

Nombre d'emplois féminins : _____

Création d'une nouvelle activité : ☐ Oui ☐ Non

Nouveaux débouchés : ☐ Oui ☐ Non

Démarche Haute Qualité Environnementale : ☐ Oui ☐ Non

Normes accessibilité personnes handicapées : ☐ Oui ☐ Non

Contribution au maintien de la population rurale : ☐ Oui ☐ Non

LISTE DES PIECES A JOINRE A VOTRE DEMANDE DE PAIEMENT

Pièces	Type de demandeur concerné / type de projet concerné	Pièce jointe	Pièce déjà fournie à la DAAF de MARTINIQUE	Sans objet
Exemplaire original du présent formulaire de demande de paiement complété et signé	Tous	☐		
Pièces justificatives des dépenses réalisées : - factures acquittées **comportant obligatoirement la mention** « facture acquittée par chèque endossé le … ou par virement le … » portée par le fournisseur qui signera et apposera le cachet de sa société - copie du relevé de compte - ou tableau récapitulatif tel que prévu par la notice	Tous	☐		
Pièces justificatives attestant de la réalisation de l'investissement (ex : rapport d'études)	Dans le cas d'investissements immatériels réalisés (prestation de service, études, animation, …)	☐	☐	☐
Bulletin de salaires, journal de paie ou déclaration annuelle des données sociales (dads) et attestation ou pièce justificative attestant du temps consacré par le(s) salarié(s) au projet	Dans le cas de dépenses de rémunération	☐	☐	☐
Pièces attestant des coûts supportés par l'État ou l'organisme public	Dans le cas de temps de travail valorisé	☐	☐	☐
Copie de la convention liant le bénéficiaire au partenaire	Dans le cas où tout ou partie du projet est réalisée en sous-traitance	☐	☐	☐
Avis d'attribution de l'appel d'offres	Dans le cas où vous êtes le représentant d'une structure publique et où tout ou partie du projet est réalisée par un prestataire	☐	☐	☐
Attestation d'autofinancement	Dans le cas où tout ou partie du FEADER est appelé par l'autofinancement de la structure publique	☐	☐	☐
Rapport d'activité	Le cas échéant	☐	☐	☐
Référence (document, copie d'écran web, photos...) mentionnant la participation du FEADER	Tous	☐	☐	☐
Relevé d'identité bancaire	Tous	☐	☐	☐