

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. Le GAL 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⁾	Montant total de la facture ou montant correspondant sur la facture			Nom du Fournisseur à l'origine de la facture	N° de la facture	Date de la facture	Date d'acquittement de la facture
	<input type="checkbox"/> HT <input type="checkbox"/> TTC ⁽²⁾	<input type="checkbox"/> HT <input type="checkbox"/> TTC ⁽²⁾	Idem	Autre montant (à préciser)				
	,	<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	,							

⁽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 au GAL)
 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	Année	Nom de l'intervenant ⁽¹⁾	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] ²⁾	Frais salariaux liés à l'opération [a x(C/B)]	Dernière fiche de paie ou autre justificatif joint
	_ _			_ _ _ _ _ _ , _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _ _ _ _ , _ _	<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 des dépenses prévues					_ _ _		_ _ _ _ _ _ , _ _	

⁽¹⁾ 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.

⁽²⁾ 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

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.

INDICATEUR 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 :** _____**Projet mis en œuvre dans le cadre d'un partenariat public/privé :** **oui** **non** **Le projet financé concerne :** **une étude portant sur les zones concernées :** **une action d'information :** **une formation:** **une action d'animation :** **autres (préciser) :** _____**nombre de participants aux actions d'animation/information formation :** **hommes de + de 25 ans :** _____**hommes de - de 25 ans :** _____**femmes de + de 25 ans :** _____**femmes de - de 25 ans :** _____

LISTE DES PIÈCES 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	<input type="checkbox"/>		
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	<input type="checkbox"/>		
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, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pièces attestant des coûts supportés par l'État ou l'organisme public	Dans le cas de temps de travail valorisé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Copie de la convention liant le bénéficiaire au partenaire	Dans le cas où tout ou partie du projet est réalisée en sous-traitance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avis de publication 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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Attestation d'autofinancement	Dans le cas où tout ou partie du FEADER est appelé par l'autofinancement de la structure publique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rapport d'activité	Le cas échéant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Référence (document, copie d'écran web, photos...) mentionnant la participation du FEADER	Tous	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Relevé d'identité bancaire	Dans le cas où vous souhaitez que l'aide soit versée sur un autre compte que celui indiqué dans l'en-tête du formulaire et que celui-ci n'est pas connu de la DAAF de MARTINIQUE.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>