

DEMANDE DE PAIEMENT

ANIMATION ET FONCTIONNEMENT DU GAL

(SOUS-MESURE 19.04 DU PROGRAMME DE DEVELOPPEMENT RURAL DE MARTINIQUE)

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

Veuillez transmettre l'original à la Direction des Fonds Européens de la CTM et conservez un exemplaire.

Cadre réservé à l'administration

Date de réception : | | | | | | | | |

N° OSIRIS _____

Code du GAL :

GAL Nord (333) :

GAL CACEM (334) :

GAL Sud Martinique (335) :

Nom de la structure porteuse du GAL : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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 | | | |

N° IBAN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

BIC | | | | | | | | | | | | | |

Date limite pour déposer le présent formulaire de demande : _____

Intitulé du projet :

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Je, soussigné, (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 Collectivité Territoriale de Martinique).

Je demande le versement :

d'un acompte

du solde

Montant total des dépenses réalisées à ce jour et relatives au projet : | | | | | | | | | | |

Dont : Montant des dépenses éligibles présentées pour cette demande de paiement : | | | | | | | | | | |

DEPENSES REALISEES

1 – Prestations de service – frais de sous-traitance				
Description de la dépense (objet de la prestation)	Dénomination du fournisseur	Identification du justificatif	Montant HT présenté en €	Montant TTC présenté en € (à compléter uniquement si vous ne récupérez pas la TVA)
			_ _ _ _ _ _ , _ _	_ _ _ _ _ _ , _ _
			_ _ _ _ _ _ , _ _	_ _ _ _ _ _ , _ _
			_ _ _ _ _ _ , _ _	_ _ _ _ _ _ , _ _
			_ _ _ _ _ _ , _ _	_ _ _ _ _ _ , _ _
			_ _ _ _ _ _ , _ _	_ _ _ _ _ _ , _ _
			_ _ _ _ _ _ , _ _	_ _ _ _ _ _ , _ _
MONTANT TOTAL DES DEPENSES DE PRESTATIONS			_ _ _ _ _ _ , _ _	_ _ _ _ _ _ , _ _

2 – Dépenses de rémunération						
Description de l'intervention (type de mission)	Nom de l'intervenant	Qualification de l'intervenant	Coût salarial sur la période	Temps de travail sur la période en heure	Temps de travail en heures dédié à l'opération	Montant présenté en €
						_ _ _ _ _ _ , _ _
						_ _ _ _ _ _ , _ _
						_ _ _ _ _ _ , _ _
						_ _ _ _ _ _ , _ _
						_ _ _ _ _ _ , _ _
						_ _ _ _ _ _ , _ _
MONTANT TOTAL DES DEPENSES DE REMUNERATION						_ _ _ _ _ _ , _ _

La Direction des fonds européens de la CTM_ Immeuble Pyramide, 165-167, Route des Religieuses Fort-de-France
 Tél. : 0596 59 89 00- Mail : guichet.europe@collectivitedemartinique.mg

3 – Dépenses diverses :**Dépenses sur frais réels** (dépenses engagées par l'employé puis remboursées par l'employeur) :

Description de la dépense	Nom de l'agent	Identifiant justificatif (préciser le type de justificatifs)	Montant HT présenté en €	Montant TVA présentée en €
			□□□□ □□□□, □□□	□□□□ □□□□, □□□
			□□□□ □□□□, □□□	□□□□ □□□□, □□□
			□□□□ □□□□, □□□	□□□□ □□□□, □□□
			□□□□ □□□□, □□□	□□□□ □□□□, □□□
			□□□□ □□□□, □□□	□□□□ □□□□, □□□

Dépenses sur coûts forfaitaires :

Description de la dépense	Identifiant justificatif	Montant forfaitaire unitaire	Quantité	Unité	Montant HT présenté en €
		□□□ □□□□, □□□			□□□□ □□□□, □□□
		□□□ □□□□, □□□			□□□□ □□□□, □□□
		□□□ □□□□, □□□			□□□□ □□□□, □□□
		□□□ □□□□, □□□			□□□□ □□□□, □□□

Dépenses sur factures :

Description de la dépense	Dénomination du fournisseur	Identifiant justificatif (préciser le type de justificatifs)	Montant HT présenté en €	Montant TVA présentée en €
			□□□□ □□□□, □□□	□□□□ □□□□, □□□
			□□□□ □□□□, □□□	□□□□ □□□□, □□□
			□□□□ □□□□, □□□	□□□□ □□□□, □□□
			□□□□ □□□□, □□□	□□□□ □□□□, □□□
			□□□□ □□□□, □□□	□□□□ □□□□, □□□
MONTANT TOTAL DES DEPENSES DIVERSES				□□□□ □□□□, □□□

La Direction des fonds européens de la CTM_ Immeuble Pyramide, 165-167, Route des Religieuses Fort-de-France
Tél. : 0596 59 89 00- Mail : guichet.europe@collectivitedemartinique.mq

Dépenses	Montant HT en €	Montant réel supporté en € (à compléter uniquement si vous ne récupérez pas la TVA)
Prestations de service	_ _ _ _ _ _ _ _ , _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ , _ _
Dépenses de rémunération	_ _ _ _ _ _ _ _ , _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ , _ _
Dépenses diverses	_ _ _ _ _ _ _ _ , _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ , _ _
	_ _ _ _ _ _ _ _ , _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ , _ _
TOTAL PROJET	_ _ _ _ _ _ _ _ , _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ , _ _

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

Financiers sollicités	Montant en €
Collectivité Territoriale de Martinique	_ _ _ _ _ _ _ _ , _ _
Union Européenne (FEADER)	_ _ _ _ _ _ _ _ , _ _
Autre (précisez) : _____	_ _ _ _ _ _ _ _ , _ _
Sous-total financeurs publics	_ _ _ _ _ _ _ _ , _ _
Participation du secteur privé (précisez) : _____	_ _ _ _ _ _ _ _ , _ _
Sous-total financeurs privés	_ _ _ _ _ _ _ _ , _ _
Auto - financement	_ _ _ _ _ _ _ _ , _ _
TOTAL général = coût du projet	_ _ _ _ _ _ _ _ , _ _

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 dernière demande de paiement)

Territoire/ Nombre d'habitants concerné(s) : _____

Emploi créé ou maintenu : _____

Domaine prioritaire concerné : _____

Montant du soutien au fonctionnement de la stratégie locale de développement : |_|_|_|_|_| |_|_|_|_|_|

Montant du soutien à l'animation de la stratégie locale de développement : |_|_|_|_|_| |_|_|_|_|_|

Dépense publique totale : _____

LISTE DES PIÈCES JUSTIFICATIVES A JOINDRE A VOTRE DEMANDE

Pièces	Type de demandeur concerné	Pièce jointe	Pièce déjà fournie au guichet unique	Sans objet
Exemplaire original du présent formulaire de demande de paiement complété et signé	Tous	<input type="checkbox"/>		
Relevé d'identité bancaire (ou copie lisible)	Dans le cas où il diffère de celui fourni au moment de la demande d'aide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pièces justificatives des dépenses réalisées : Factures dûment acquittées et visées par le fournisseur portant les mentions de date et moyen de règlement et la copie du relevé de compte, ou un tableau récapitulatif des mandatements visé par le comptable public	Tous	<input type="checkbox"/>		
12 derniers bulletins de salaires ou déclaration annuelle des données sociales (DADS) et relevé du temps passé si la personne ne consacre pas 100 % de son temps à l'opération, relevé des périodes inéligibles si la personne consacre 100 % de son temps à l'opération, le cas échéant (congrés parentaux, congés sans solde, absences pour maladie, etc.)	Dans le cas de dépenses de rémunération	<input type="checkbox"/>		
Tout document justifiant, attestant du temps de travail consacré au projet par l'agent	Dans le cas de dépenses de rémunération	<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"/>		
Rapport d'activité	Le cas échéant	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Référence (document, copie d'écran web, photos ...) mentionnant la participation du FEADER	Tous	<input type="checkbox"/>		
Pièces relatives à la commande publique	Dans le cas où un appel d'offre aurait été lancé.	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

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 : _____

Signature :

Cachet du demandeur

Je suis informé(e) 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 Collectivité Territoriale de Martinique. Conformément à la loi « informatique et libertés » n°78-17 du 6 janvier 1978, je bénéficie d'un droit d'accès et de rectification aux informations me concernant, je peux m'adresser à la Direction des fonds européens de la Collectivité Territoriale de Martinique.

Toutes les pages de ce formulaire doivent être présentes pour constituer une demande complète.