Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

DEMANDE DE PAIEMENT

Règlement (UE) n° 1305/2013 du 17 décembre 2013

RENFORCEMENT DES FONCTIONS ENVIRONNEMENTALES ET DE LA RESILIENCE DES ECOSYSTEMES FORESTIERS

Type d'opérations 8.5.1 du Programme de Développement Rural de Martinique 2014-2020

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, BP 642, 97262 Fort de France, tél. 05 96 71 20 40

VEUILLEZ NE RIEN INSCRIRE DANS CETTE SECTION RESERVEE A L'ADMINISTRATION

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

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

N° PACAGE : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

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 : _____

FORMULAIRE DE LA DEMANDE ET SIGNATURE

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°.....

Je demande le versement ..... Numéro de la demande de versement ☐ dernière demande de versement

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

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

Montant de la TVA NPR 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 conformément à l'article 63 du règlement d'exécution (UE) N°809/2014 de la Commission du 17 juillet 2014.

La Direction des fonds européens de la Collectivité Territoriale 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 10%, alors, le montant qui me sera effectivement versé sera égal à (b - [a-b])

COORDONNEES DU COMPTE BANCAIRE SUR LEQUEL LE VERSEMENT DE L'AIDE EST DEMANDE

☐ Vous avez un compte bancaire unique ou plusieurs comptes bancaires pour le versement des aides. La Direction des fonds européens de la Collectivité Territoriale de Martinique connaît ce(s) compte(s). Veuillez donner ci-après les coordonnées du compte bancaire sur lequel vous demandez le versement de l'aide :

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

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

BIC |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

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

DEPENSES ELIGIBLES REALISEES donnant lieu à des factures

Poste* 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 de la facture	Date d'acquittement de la facture	Auto-construction
		Idem	Autre montant (à préciser)	TVA npr					
	|__||__||__| |__||__||__|, |__||__|	☐	|__||__||__| |__||__||__|, |__||__|	|__| |__||__||__|, |__||__|					☐
	|__||__||__| |__||__||__|, |__||__|	☐	|__||__||__| |__||__||__|, |__||__|	|__| |__||__||__|, |__||__|					☐
	|__||__||__| |__||__||__|, |__||__|	☐	|__||__||__| |__||__||__|, |__||__|	|__| |__||__||__|, |__||__|					☐
	|__||__||__| |__||__||__|, |__||__|	☐	|__||__||__| |__||__||__|, |__||__|	|__| |__||__||__|, |__||__|					☐
	|__||__||__| |__||__||__|, |__||__|	☐	|__||__||__| |__||__||__|, |__||__|	|__| |__||__||__|, |__||__|					☐
	|__||__||__| |__||__||__|, |__||__|	☐	|__||__||__| |__||__||__|, |__||__|	|__| |__||__||__|, |__||__|					☐
	|__||__||__| |__||__||__|, |__||__|	☐	|__||__||__| |__||__||__|, |__||__|	|__| |__||__||__|, |__||__|					☐
	|__||__||__| |__||__||__|, |__||__|	☐	|__||__||__| |__||__||__|, |__||__|	|__| |__||__||__|, |__||__|					☐
	|__||__||__| |__||__||__|, |__||__|	☐	|__||__||__| |__||__||__|, |__||__|	|__| |__||__||__|, |__||__|					☐
	|__||__||__| |__||__||__|, |__||__|	☐	|__||__||__| |__||__||__|, |__||__|	|__| |__||__||__|, |__||__|					☐
	|__||__||__| |__||__||__|, |__||__|	☐	|__||__||__| |__||__||__|, |__||__|	|__| |__||__||__|, |__||__|					☐
	|__||__||__| |__||__||__|, |__||__|	☐	|__||__||__| |__||__||__|, |__||__|	|__| |__||__||__|, |__||__|					☐
	|__||__||__| |__||__||__|, |__||__|	☐	|__||__||__| |__||__||__|, |__||__|	|__| |__||__||__|, |__||__|					☐
	|__||__||__| |__||__||__|, |__||__|	☐	|__||__||__| |__||__||__|, |__||__|	|__| |__||__||__|, |__||__|					☐
	|__||__||__| |__||__||__|, |__||__|	☐	|__||__||__| |__||__||__|, |__||__|	|__| |__||__||__|, |__||__|					☐
TOTAL	|__||__||__| |__||__||__|, |__||__|								

* voir Annexe II de la notice explicative
[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 Direction des fonds européens de la Collectivité Territoriale de 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).

DEPENSES ELIGIBLES REALISEES donnant lieu à des factures

Dépenses sur devis proratisées

Poste de dépenses	Montant de la dépense éligible[1] ☐HT ☐TTC [2]	Montant total de la facture ou montant correspondant sur la facture ☐HT ☐TTC [2]			Taux de proratisation entre 0% et 100%	Montant HT / Prix net proratisé	Montant TTC proratisé	Nom du Fournisseur à l'origine de la facture	N° de la facture	Date de la facture	Date d'acquittement de la facture
		Idem	Autre montant (à préciser)	TVA npr							
	|__||__||__| |__||__||__|, |__||__|	☐	|__||__||__| |__||__||__|, |__||__|	|__| |__||__||__|, |__||__|							
	|__||__||__| |__||__||__|, |__||__|	☐	|__||__||__| |__||__||__|, |__||__|	|__| |__||__||__|, |__||__|							
	|__||__||__| |__||__||__|, |__||__|	☐	|__||__||__| |__||__||__|, |__||__|	|__| |__||__||__|, |__||__|							
	|__||__||__| |__||__||__|, |__||__|	☐	|__||__||__| |__||__||__|, |__||__|	|__| |__||__||__|, |__||__|							
	|__||__||__| |__||__||__|, |__||__|	☐	|__||__||__| |__||__||__|, |__||__|	|__| |__||__||__|, |__||__|							
	|__||__||__| |__||__||__|, |__||__|	☐	|__||__||__| |__||__||__|, |__||__|	|__| |__||__||__|, |__||__|							
	|__||__||__| |__||__||__|, |__||__|	☐	|__||__||__| |__||__||__|, |__||__|	|__| |__||__||__|, |__||__|							
	|__||__||__| |__||__||__|, |__||__|	☐	|__||__||__| |__||__||__|, |__||__|	|__| |__||__||__|, |__||__|							
	|__||__||__| |__||__||__|, |__||__|	☐	|__||__||__| |__||__||__|, |__||__|	|__| |__||__||__|, |__||__|							
	|__||__||__| |__||__||__|, |__||__|	☐	|__||__||__| |__||__||__|, |__||__|	|__| |__||__||__|, |__||__|							
	|__||__||__| |__||__||__|, |__||__|	☐	|__||__||__| |__||__||__|, |__||__|	|__| |__||__||__|, |__||__|							
	|__||__||__| |__||__||__|, |__||__|	☐	|__||__||__| |__||__||__|, |__||__|	|__| |__||__||__|, |__||__|							
	|__||__||__| |__||__||__|, |__||__|	☐	|__||__||__| |__||__||__|, |__||__|	|__| |__||__||__|, |__||__|							
	|__||__||__| |__||__||__|, |__||__|	☐	|__||__||__| |__||__||__|, |__||__|	|__| |__||__||__|, |__||__|							
TOTAL	|__||__||__| |__||__||__|, |__||__|										

DEPENSES ELIGIBLES REALISEES donnant lieu à des factures

Frais salariaux prévisionnels supportés par le demandeur

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						|__|__|__| |__|__|__|, |__|__|

DEPENSES ELIGIBLES REALISEES donnant lieu à des factures

Autres frais supportés par le demandeur (frais de déplacement, restauration, hébergement)

Nature de la dépense	Cocher la case si dépense forfaitisée	Justificatif joint	Identifiant justificatif (préciser le type de justificatifs)	Montant HT	Montant TTC
	☐	☐		|__|__|__| |__|__|__|, |__|__|	|__|__|__| |__|__|__|, |__|__|
	☐	☐		|__|__|__| |__|__|__|, |__|__|	|__|__|__| |__|__|__|, |__|__|
	☐	☐		|__|__|__| |__|__|__|, |__|__|	|__|__|__| |__|__|__|, |__|__|
	☐	☐		|__|__|__| |__|__|__|, |__|__|	|__|__|__| |__|__|__|, |__|__|
	☐	☐		|__|__|__| |__|__|__|, |__|__|	|__|__|__| |__|__|__|, |__|__|
	☐	☐		|__|__|__| |__|__|__|, |__|__|	|__|__|__| |__|__|__|, |__|__|
	☐	☐		|__|__|__| |__|__|__|, |__|__|	|__|__|__| |__|__|__|, |__|__|
TOTAL				|__|__|__| |__|__|__|, |__|__| €	

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	Date de la facture	Date d'acquittement	facture jointe
	|__|__|__| |__|__|__|, |__|__|				☐
	|__|__|__| |__|__|__|, |__|__|				☐
	|__|__|__| |__|__|__|, |__|__|				☐
	|__|__|__| |__|__|__|, |__|__|				☐
	|__|__|__| |__|__|__|, |__|__|				☐
	|__|__|__| |__|__|__|, |__|__|				☐
	|__|__|__| |__|__|__|, |__|__|				☐
	|__|__|__| |__|__|__|, |__|__|				☐
	|__|__|__| |__|__|__|, |__|__|				☐
	|__|__|__| |__|__|__|, |__|__|				☐
	|__|__|__| |__|__|__|, |__|__|				☐
	|__|__|__| |__|__|__|, |__|__|				☐
	|__|__|__| |__|__|__|, |__|__|				☐
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 Direction des fonds européens de la Collectivité Territoriale de Martinique)

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

	(montant en euros)
Montant total des aides attendues et/ou versées (a)	|__||__||__| |__||__||__|, |__||__|
Montant de l'apport hors aide (b =c + d)	|__||__||__| |__||__||__|, |__||__|
· Montant apporté par autofinancement (c)	|__||__||__| |__||__||__|, |__||__|
· Montant apporté par des prêts (d)	|__||__||__| |__||__||__|, |__||__|
Montant global réalisé du projet (e = a + b)	|__||__||__| |__||__||__|, |__||__|

INDICATEUR DE RÉALISATION (pour la derniere demande de paiement)

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

Nom de l'indicateur	
Domaine prioritaire	
Nombre d'hectares concernés	
Total des dépenses publiques	
Volume total des investissements	

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 Dir des fonds européens	Sans objet
Exemplaire original du présent formulaire de demande de paiement complété et signé	tous	☐		
Pièces justificatives des dépenses réalisées : - factures acquittées et visées par le fournisseur ou constructeur portant les mentions de date et moyen de règlement et la copie du relevé de compte - ou tableau récapitulatif tel que prévu par la notice	tous	☐		
Relevé d'identité bancaire	tous	☐		
Justificatif de la réalisation de la publicité	tous	☐		
Si vous n'avez pas de N°SIRET, copie de la pièce d'identité	tous	☐		
K-bis	Pour les personnes morales	☐		
Exemplaire des statuts	Pour les personnes morales	☐	☐	☐
Déclaration de début d'exécution de l'opération	A la première demande de paiement	☐	☐	☐
Attestation de fin d'exécution de l'opération	A la dernière demande de paiement	☐	☐	☐

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.

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

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 Région 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.