Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

DEMANDE DE PAIEMENT

REGLEMENT (UE) N° 1305/2013 DU 17 DECEMBRE 2013

AMÉLIORATION OU DÉVELOPPEMENT D'INFRASTRUCTURES ROUTIÈRES À PETITE ÉCHELLE EN ZONE RURALE
TYPE D'OPERATIONS 7.4.1 DU PROGRAMME DE DEVELOPPEMENT RURAL DE MARTINIQUE 2014-2022

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 Direction générale de la gestion des fonds européens de la Collectivité Territoriale de Martinique tel : 0596 59 89 00

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

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

Taux de cofinancement = Socle FEADER (15%/85%) : ☐ **FEADER Relance (100% FEADER) :** ☐

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 : ☐ d'un acompte ☐ 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 : |__|__|__| |__|__|__|, |__|__|

☐ 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 générale de la gestion 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 générale de la gestion 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

Dépenses sur devis non proratisées

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					☐
	|__||__||__| |__||__||__|, |__||__|	☐	|__||__||__| |__||__||__|, |__||__|	|__| |__||__||__|, |__||__|					☐
	|__||__||__| |__||__||__|, |__||__|	☐	|__||__||__| |__||__||__|, |__||__|	|__| |__||__||__|, |__||__|					☐
	|__||__||__| |__||__||__|, |__||__|	☐	|__||__||__| |__||__||__|, |__||__|	|__| |__||__||__|, |__||__|					☐
	|__||__||__| |__||__||__|, |__||__|	☐	|__||__||__| |__||__||__|, |__||__|	|__| |__||__||__|, |__||__|					☐
	|__||__||__| |__||__||__|, |__||__|	☐	|__||__||__| |__||__||__|, |__||__|	|__| |__||__||__|, |__||__|					☐
	|__||__||__| |__||__||__|, |__||__|	☐	|__||__||__| |__||__||__|, |__||__|	|__| |__||__||__|, |__||__|					☐
	|__||__||__| |__||__||__|, |__||__|	☐	|__||__||__| |__||__||__|, |__||__|	|__| |__||__||__|, |__||__|					☐
	|__||__||__| |__||__||__|, |__||__|	☐	|__||__||__| |__||__||__|, |__||__|	|__| |__||__||__|, |__||__|					☐
	|__||__||__| |__||__||__|, |__||__|	☐	|__||__||__| |__||__||__|, |__||__|	|__| |__||__||__|, |__||__|					☐
	|__||__||__| |__||__||__|, |__||__|	☐	|__||__||__| |__||__||__|, |__||__|	|__| |__||__||__|, |__||__|					☐
	|__||__||__| |__||__||__|, |__||__|	☐	|__||__||__| |__||__||__|, |__||__|	|__| |__||__||__|, |__||__|					☐
	|__||__||__| |__||__||__|, |__||__|	☐	|__||__||__| |__||__||__|, |__||__|	|__| |__||__||__|, |__||__|					☐
	|__||__||__| |__||__||__|, |__||__|	☐	|__||__||__| |__||__||__|, |__||__|	|__| |__||__||__|, |__||__|					☐
	|__||__||__| |__||__||__|, |__||__|	☐	|__||__||__| |__||__||__|, |__||__|	|__| |__||__||__|, |__||__|					☐
	|__||__||__| |__||__||__|, |__||__|	☐	|__||__||__| |__||__||__|, |__||__|	|__| |__||__||__|, |__||__|					☐
	|__||__||__| |__||__||__|, |__||__|	☐	|__||__||__| |__||__||__|, |__||__|	|__| |__||__||__|, |__||__|					☐
	|__||__||__| |__||__||__|, |__||__|	☐	|__||__||__| |__||__||__|, |__||__|	|__| |__||__||__|, |__||__|					☐
TOTAL	|__||__||__| |__||__||__|, |__||__|								

* voir Annexe I 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 publics peuvent être concernés, pour le vérifier, veuillez-vous adresser à la CTM)

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 DE REMUNERATION

Description de l'intervention (type de mission)	Poste*	Nom de l'intervenant	Qualification de l'intervenant	Coût salarial (salaire brut + charges patronales) sur la période de base (a)	Nb heures travaillés sur la période de base (1) par l'agent (b)	Temps réellement consacré à l'opération (nb heures sur la période de base) (c)	Frais salariaux liés à l'opération (d) = (a*c)/b Montant présenté en €
							|__|__|__| |__|__|__|, |__|__|
							|__|__|__| |__|__|__|, |__|__|
							|__|__|__| |__|__|__|, |__|__|
							|__|__|__| |__|__|__|, |__|__|
							|__|__|__| |__|__|__|, |__|__|
							|__|__|__| |__|__|__|, |__|__|
							|__|__|__| |__|__|__|, |__|__|
							|__|__|__| |__|__|__|, |__|__|
							|__|__|__| |__|__|__|, |__|__|
							|__|__|__| |__|__|__|, |__|__|
							|__|__|__| |__|__|__|, |__|__|
MONTANT TOTAL DES DEPENSES DE REMUNERATION							|__|__|__| |__|__|__|, |__|__|

(1) La période de base est la période d'exécution de l'opération, elle peut être inférieure à 12 mois. C'est la période qui sert de base au calcul du coût horaire.
Par défaut, le nombre d'heures travaillées par an est de 1607 h. A justifier si différent (par une convention collective, un contrat…). Si le contrat de travail est inférieur à 12 mois, indiquer le nombre d'heures travaillées par l'agent sur la durée du contrat.

* Pour identifier le poste, utiliser l'annexe II de la Notice à l'attention des bénéficiaires potentiels de l'aide pour l'accroissement de la valeur ajoutée des produits agricoles relevant de l'annexe 1 du traité

AUTO-CONSTRUCTION *(voir la notice accompagnant la demande de subvention)*

J'atteste sur l'honneur avoir effectué les travaux relatifs à l'investissement suivant : _____

Ces travaux comprennent notamment : _____

Le temps passé correspondant représente une charge évaluée à : nombre de jours consacrés à l'action [1] : |__||__| j temps journalier consacré à l'action [2] : |__||__| h/j

Soit un temps total de ([3] = [1] x [2]) : |__||__||__| heures

Soit un coût total de la main d'œuvre de ([3] x SMIC horaire[(2)]) : |__||__||__| |__||__||__| €

[2] SMIC au 01/01/2021 = 10,25 €/h

NOTA : le coût de la main d'œuvre pour l'auto-construction est évalué au maximum à 50% du montant HT des matériaux et de la location de matériel utilisés pour cette auto-construction

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 de structures desservies par la route	
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 Direction 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 - ou tableau récapitulatif tel que prévu par la notice	tous	☐		
Relevé d'identité bancaire	tous	☐		
Justificatif de la réalisation de la publicité	tous	☐		
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 générale de la gestion des fonds européens de la Collectivité Territoriale de Martinique.