

DEPENSES ELIGIBLES REALISEES donnant lieu à des factures

Dépenses sur devis proratisées

Poste de dépenses	Montant de la dépense éligible ⁽¹⁾		Montant total de la facture ou montant correspondant sur la facture			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
	<input type="checkbox"/> HT	<input type="checkbox"/> TTC ⁽²⁾	<input type="checkbox"/> HT	<input type="checkbox"/> TTC ⁽²⁾								
			Idem	Autre montant (à préciser)	TVA							
			<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 publics 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

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
	<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				_ _ _ _ _ _ , _ _ €	

DEPENSES ELIGIBLES REALISEES ne donnant pas 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						_ _ _ _ _ _ , _ _

(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

Aide forfaitaire liée à des plantations de haies

Type de haies plantées ⁽¹⁾	N° d'îlot	N° parcelles plantées	Date prévisionnelle de plantation	Linéaire (km) a	Montant du barème ⁽¹⁾ b	Dépenses prévisionnelles a * b
			□□□□□□	□□,□□	□□□□□,□□	□□□□□□□,□□
			□□□□□□	□□,□□	□□□□□,□□	□□□□□□□,□□
			□□□□□□	□□,□□	□□□□□,□□	□□□□□□□,□□
			□□□□□□	□□,□□	□□□□□,□□	□□□□□□□,□□
			□□□□□□	□□,□□	□□□□□,□□	□□□□□□□,□□
			□□□□□□	□□,□□	□□□□□,□□	□□□□□□□,□□
			□□□□□□	□□,□□	□□□□□,□□	□□□□□□□,□□
			□□□□□□	□□,□□	□□□□□,□□	□□□□□□□,□□
			□□□□□□	□□,□□	□□□□□,□□	□□□□□□□,□□
			□□□□□□	□□,□□	□□□□□,□□	□□□□□□□,□□
			□□□□□□	□□,□□	□□□□□,□□	□□□□□□□,□□
			□□□□□□	□□,□□	□□□□□,□□	□□□□□□□,□□
			□□□□□□	□□,□□	□□□□□,□□	□□□□□□□,□□
			□□□□□□	□□,□□	□□□□□,□□	□□□□□□□,□□
TOTAL des dépenses prévues [A'] $\Sigma (a * b)$						□□□□□□□,□□

(1) choix entre 4 types de haies :

- Haie Brise-vent ou antiérosive : 28 840 € au km linéaire
- Haie Paysagère : 13 389 € au km linéaire
- Haie en ripisylve multi strates, restauration et protection des berges: 17 910 € au km linéaire
- Haie fourragère : 23 890 € au km linéaire

Vous référer à la notice explicative pour bien remplir le tableau et connaître vos engagements.

Si vous manquez de place, vous pouvez reproduire les tableaux ci-dessus à l'identiques dans votre dossier de présentation.

Direction des fonds européens de la CTM, Immeuble Pyramide au 165-167, Route des Religieuses, 97200 Fort-de-France

Tél. : 0596 59 89 00 - Mail : quichet.europe@collectivitedemartinique.mg

LISTE DES PIÈCES A JOINRE A VOTRE DEMANDE de paiement

Pièces	Type de demandeur concerné / type de projet concerné	Pièce jointe	Sans objet
Exemplaire original du présent formulaire de demande de paiement complété et signé	tous	<input type="checkbox"/>	
Pièces justificatives des dépenses réalisées (hors forfait plantation) : - 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	<input type="checkbox"/>	
Copie de la carte d'identité nationale	Pour les personnes physiques	<input type="checkbox"/>	
Relevé d'identité bancaire	tous	<input type="checkbox"/>	
Exemplaire des statuts	Pour les personnes morales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Justificatif de la réalisation de la publicité	tous	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si vous n'avez pas de N°SIRET, copie de la pièce d'identité	Personne physique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déclaration de début d'exécution de l'opération	A la première demande de paiement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Attestation de fin d'exécution de l'opération	A la dernière demande de paiement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K-bis de moins de trois mois	Personne morale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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 page 1*)

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.

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