Collectivité Territoriale de Martinique

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

l'Europe s'engage

DEMANDE DE PAIEMENT

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

Assistance technique

Type d'opérations 20.1.1 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 Direction des fonds européens de la Collectivité Territoriale de Martinique (CTM), l'immeuble Pyramide au 165 – 167, Route des Religieuses, à Fort-de-France)

Veuillez ne rien inscrire dans cette section réservée à l'administration

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

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 : ____

Je soussigné, (nom, prénom du représentant de la structure) ……………………………………………………………………………………

agissant en qualité de représentant légal de (nom de la structure bénéficiaire portée dans la décision)
………

demande le versement des aides qui ont été accordées par la décision attributive n°……………………………………………………………

Je demande le versement dans le cadre d'une demande de :

- ☐ avance
- ☐ paiement n° 1
- ☐ paiement n° 2
- ☐ paiement n° 3
- ☐ paiement n° 4
- ☐ paiement n° 5
- ☐ paiement n° 6
- ☐ paiement n° 7
- ☐ paiement n° 8
- ☐ paiement n° 9
- ☐ paiement n° 10
- ☐ dernier paiement (solde)

Montant 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.

Le service instructeur 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 POUR 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 CTM connaît ce(s) compte(s). Veuillez donner ci-après les coordonnées du compte sur lequel vous souhaitez 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.

Fonds de concours si le demandeur est la Direction de l'Alimentation de l'Agriculture et de la Forêt :

|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

DEPENSES ELIGIBLES REALISEES donnant lieu à des factures (chaque ligne doit être complètement renseignée)

Nature de la dépense	Poste de dépense	Fournisseur à l'origine de la facture	N° Facture	Date émission de la facture	Date d'acquittement de la facture	Mode de paiement (et N° du chèque, du mandat, du virement…)	Montant total de la facture ou montant correspondant sur la facture ☐ HT ☐ TTC	
							Idem*	Montant
							☐	|__|__|__| |__|__|__|, |__|__|
							☐	|__|__|__| |__|__|__|, |__|__|
							☐	|__|__|__| |__|__|__|, |__|__|
							☐	|__|__|__| |__|__|__|, |__|__|
							☐	|__|__|__| |__|__|__|, |__|__|
							☐	|__|__|__| |__|__|__|, |__|__|
							☐	|__|__|__| |__|__|__|, |__|__|
							☐	|__|__|__| |__|__|__|, |__|__|
							☐	|__|__|__| |__|__|__|, |__|__|
							☐	|__|__|__| |__|__|__|, |__|__|
							☐	|__|__|__| |__|__|__|, |__|__|
							☐	|__|__|__| |__|__|__|, |__|__|
							☐	|__|__|__| |__|__|__|, |__|__|
TOTAL								|__|__|__| |__|__|__|, |__|__|

* Si le montant total de la facture est pris en compte, merci de cocher Idem
** Seuls les établissements privés qui ne récupèrent pas la TVA peuvent présenter des factures TTC
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 sur la facture les montants à prendre en compte).

CONTRIBUTIONS EN NATURE – type biens et services

Description de la contribution	Identifiant du justificatif	Quantité	Unité	Montant présenté ☐HT ☐TTC
	TOTAL			

DEPENSES DE REMUNERATION AU REEL

Description de l'intervention	Nom de l'intervenant	Qualification de l'intervenant	Coût horaire (€)	Temps consacré à l'action (nb. d'heures / an)	Nb. d'heures travaillées par an	Frais salariaux sur la période (€)	Frais salariaux liés à l'opération (€)	Fiche de paie jointe
								☐
								☐
								☐
								☐
								☐
								☐
TOTAL								

AUTRES FRAIS PROFESSIONNELS SUPPORTES PAR LE DEMANDEUR – frais de déplacement, hébergement, restauration

Description de la dépense	Nom de l'agent	Identification du justificatif	Montant prévisionnel ☐HT ☐TTC	Justificatif joint
				☐
				☐
				☐
				☐
				☐
				☐
				☐
TOTAL des dépenses				

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

	(Montant en euros)
Coût global du projet (A)	
Recettes générées par le projet (B)	
Coût total du projet hors recettes (C) = (A) – (B)	
Montant total des aides attendues et versées (D) = taux d'aide * (C)	
Montant de l'apport du bénéficiaire (hors recettes) (C) – (D)	
Dont montant apporté par autofinancement	
Dont montant apporté par les contributions en nature	

INDICATEUR DE REALISATION (OBLIGATOIRE pour la dernière demande de paiement)

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

Montant total des coûts administratifs de type personnel : |__||__||__| |__||__||__|, |__||__| €

Montant des autres coûts (formations, études, …) : |__||__||__| |__||__||__|, |__||__| €

Assistance aux porteurs de projet/ Ingénierie administrative	
Nb d'hommes conseillés	|__||__||__|
Nb femmes conseillées	|__||__||__|
Communication	
Nb publications de communication	|__||__||__|
Nb d'évènements de communication	|__||__||__|
Nb personnes touchées par les actions de communication	|__||__||__|
Instruction des demandes d'aide et de paiement/ ingénierie administrative	
Nb de demandes d'aide instruites	|__||__||__|
Nb de demandes de paiement instruites	|__||__||__|
Délai moyen de traitement de la demande d'aide (jours)[1]	|__||__||__|
Délai moyen de traitement de la demande de paiement (jours)[2]	|__||__||__|
Ingénierie administrative	
Nb d'exemples de projets collectés et diffusés	|__||__||__|
Nb d'évènements de diffusion de l'information	|__||__||__|
Nb d'évènements dédiés au soutien à l'innovation	|__||__||__|
Formation des agents	
Nb agents femmes formées	|__||__||__|
Nb agents hommes formés	|__||__||__|
NB heures de formation dispensées	|__||__||__|
Etudes spécifiques	
Nb d'études réalisées	|__||__||__|

[1] Délai entre la réception de la demande d'aide en service instructeur et l'envoi du dossier pour le passage en pré-comité
[2] Délai entre la date de dépôt de la demande de paiement en service instructeur et la date de conclusion de l'instruction sous Osiris

LISTE DES PIECES JUSTIFICATIVES A FOURNIR A L'APPUI DE VOTRE DEMANDE

Pièces	Type de demandeur concerné	Pièce jointe	Pièce déjà fournie	Sans objet
Exemplaire original du présent formulaire de demande de paiement complété, signé et daté	Tous	☐		
Pièces justificatives des dépenses réalisées : - factures acquittées (visées par le fournisseur ou constructeur portant les mentions de date et moyen de règlement OU la copie du relevé de compte) - OU tableau récapitulatif signé par un tiers habilité (expert comptable, commissaire aux comptes ou comptable public)	Tous	☐		
Relevé d'identité bancaire	Tous	☐	☐	
Justificatif de la réalisation de la publicité	Si le bénéficiaire est concerné	☐	☐	☐
Pièces justificatives de la commande publique	Si le bénéficiaire est concerné	☐	☐	☐
Pièces justificatives des forfaits utilisés	Si le bénéficiaire est concerné	☐	☐	☐
Copie des bulletins de salaire, journal de paie ou DADS	Pour les dépenses de personnel	☐	☐	☐
Copie de fiche de poste ou lettre de mission ou contrat de travail	Pour les dépenses de personnel, si la personne est affectée à 100% de son temps de travail ou le pourcentage du temps de travail affecté à la mission est fixe d'un mois sur l'autre	☐	☐	☐
- Copie de fiche de temps passé datée et signée par le salarié et son responsable hiérarchique OU - Extraits de logiciel de gestion de temps	Pour les dépenses de personnel et si la personne est affectée en partie de son temps de travail à l'opération avec une variabilité du temps passé d'un mois sur l'autre	☐	☐	☐

ATTESTATIONS ET ENGAGEMENTS

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) (nous sommes informés) 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 (nous bénéficions) d'un droit d'accès et de rectification aux informations me concernant, je peux m'adresser à la Collectivité Territoriale de Martinique.