

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **FORMULAIRE DE DEMANDE DE PAIEMENT**  **dispositif 416 – investissements productifs des cuma**  **Type d'Opération 4.1.6 DU PROGRAMME DE DEVELOPPEMENT RURAL**  **MIDI PYRENEES 2014-2020**  **Avant de remplir cette demande, veuillez lire attentivement la notice d’information correspondante. Veuillez transmettre l’original à la Direction de l'Agriculture, de l'Agroalimentaire et de la Forêt et conserver un exemplaire.** | | |
| **Cadre réservé à l'administration** | | |
| NOM DU BÉNÉFICIAIRE :  LIBELLE DE L’OPÉRATION : 416 - Investissements Productifs CUMA au titre de l'année 2019  N° OSIRIS : | | |
| **FORMULATION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT et SIGNATURE** |
| Je soussigné (e)/ nous soussignés,  Nom (s), Prénom (s) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   représentant légal d'une personne morale : raison sociale :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  n° SIRET |\_\_|\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|  demande le versement des aides qui ont été accordées par la décision juridique qui m'a été adressée.  Je demande le versement  d’un premier acompte   du solde  Montant des dépenses réalisées pour cette demande de paiement  : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ €  Dont : montant des dépenses éligibles présentées pour la demande de paiement : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ €  ** J’ai pris connaissance que j’encours des sanctions si je présente des dépenses qui ne sont pas éligibles (se reporter à l'article 3 de la décision juridique afin de connaître la nature des dépenses éligibles)**  Le service instructeur détermine sur la base des justificatifs que je présente :   * le montant de l’aide que je demande, basé seulement sur le contenu de cette demande de paiement de l’aide.(= 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]  **J’atteste (nous attestons) sur l’honneur** :   que je n’ai (nous n’avons) pas sollicité pour les mêmes investissements, une aide autre que celles indiquées sur cette demande de paiement de l’aide,   l’exactitude des renseignements fournis dans le présent formulaire et les pièces jointes  Fait le : |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| signature, |
| **Dépenses Réalisées** | |
| **Veuillez-vous reporter aux annexes et les compléter.** | |
| **PLAN DE FINANCEMENT REALISE (uniquement pour la demande de solde)** | |
| Veuillez compléter le tableau ci-dessous au moment de votre demande de solde   |  |  | | --- | --- | | **Financeurs** | **Montant en €** | | Montant des aides des financeurs nationaux (Région/ Conseils Départementaux ...) attendues au titre du Type d'Opération 416 du PDR MP  Montant du FEADER attendu au titre du Type d'Opération 416 du PDR MP | |\_\_|\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_|, |\_\_|\_\_|  |\_\_|\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_|, |\_\_|\_\_| | | Autofinancement appelant du FEADER  Montant des aides attendues hors PDR MP(1) | |\_\_|\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_|, |\_\_|\_\_|  |\_\_|\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_|, |\_\_|\_\_| | | Sous-total financeurs publics | |\_\_|\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_|, |\_\_|\_\_| | | Emprunt(2)  Auto-financement | |\_\_|\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_|, |\_\_|\_\_|  |\_\_|\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_|, |\_\_|\_\_| | | Autre | |\_\_|\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_|, |\_\_|\_ | | Sous-total financeurs privés | |\_\_|\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_|, |\_\_|\_\_| | | TOTAL général = coût total éligible du projet | |\_\_|\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_|, |\_\_|\_\_| |   (1) Veuillez indiquer l’origine des aides hors PDR  : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (2) Si oui, le prêt vous a-t-il été accordé par l’établissement bancaire :  oui  non | |
| **Coordonnées bancaires** | |
| Complétez le cadre ci-dessous si vous souhaitez que l’aide soit versée sur un autre compte bancaire que celui fourni lors de votre dépôt de dossier.   Vous souhaitez que l'aide soit versée sur un compte déjà connu du service instructeur : veuillez donner ci-après les coordonnées du compte choisi pour le versement de cette aide, ou bien joindre un RIB-IBAN :  |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|| \_\_|\_\_|\_\_|\_\_||\_\_|\_\_|\_\_|\_\_||\_\_|\_\_|\_\_|\_\_||\_\_|\_\_|\_\_|\_\_||\_\_|\_\_|\_\_|\_\_||\_\_|\_\_|\_\_|\_\_||\_\_|\_\_|\_\_|  *IBAN - Identifiant international de compte bancaire*   Vous avez choisi un nouveau compte bancaire : veuillez joindre obligatoirement un RIB-IBAN. | |

Les informations recueillies font l’objet d’un traitement informatique destiné à instruire votre dossier de demande de paiement d’aide publique.

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d’un droit d’accès et de rectification des informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit, veuillez-vous adresser à la Direction de l'Agriculture, de l'Agroalimentaire et de la Forêt,

À ce stade, les données contenues dans le présent formulaire seront communiquées uniquement aux différents financeurs de votre dossier.

|  |
| --- |
| **INDICATEURS** |
| ***A REMPLIR OBLIGATOIREMENT :***  Surface agricole utile couverte par les adhérents de la CUMA participant au projet (si plusieurs matériels, renseigner la surface la plus importante) **: hectares**  Pour les CUMA avec activité d’élevage : nombre d’UGB détenus par les adhérents de la CUMA participant au projet (si plusieurs matériels, renseigner le nombre la plus importante) **: UGB**  OTEX\* correspondant au principal matériel financé dans le cadre du projet : **entourez parmi la liste suivante :**  grande culture ; horticulture ; vignes ; autres cultures pérennes ; lait ; herbivores (= bétail de pâturage) ; granivores ; mixte (= culture+ élevage) |

|  |
| --- |
| **Liste des pièces justificatives à joindre à votre demande** |

Le récapitulatif des dépenses figure en annexe.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Pièces** | **Type de demandeur concerné /**  **type de projet concerné** | **Pièce jointe** |
| Exemplaire original du présent formulaire de demande de paiement complété et signé, dont les annexes 1 obligatoirement et 2 si nécessaire | Tous |  |
| Relevé d’identité bancaire-IBAN (ou copie lisible).  *Dans le cas où la personne figurant sur le RIB n'est pas le Président de la CUMA, joindre impérativement l'attestation sur l'honneur annexée.* | Tous |  |
| Copies des factures acquittées par le fournisseur. Si les factures ne sont pas acquittées par le fournisseur fournir les relevés bancaires attestant du paiement des factures. (1) | Tous |  |
| Extrait Kbis de moins de trois mois. | Tous |  |
| Avis de situation au répertoire SIRENE. | Tous |  |
| Copie recto-verso de la Carte Nationale d'Identité ou Passeport du Président de la CUMA. | Tous |  |
| A la demande de solde, il est recommandé de fournir des photos (3 à 5 clichés) des investissements réalisés et, si le projet y est soumis, la preuve de publicité communautaire. | Tous |  |
| (1) Les factures devront obligatoirement comporter la mention « facture acquittée par chèque endossé le …/… /… » (ou par virement le… /… /…) ». Cette mention sera portée par le fournisseur, qui signera et apposera le cachet de sa société. Lorsque les factures présentées ne sont pas toutes acquittées par le fournisseur, vous devrez fournir une copie des relevés bancaires correspondants. | | |
| **ANNEXE 1 : Dépenses éligibles réalisées donnant lieu a des factures/ investissements matériels** | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nature de la dépense (1) | Fournisseur à l’origine de la facture | N° de la facture | Date d’émission de la facture | Date d’acquittement | Facture jointe | Montant de la dépense éligible (2)  HT  (il peut s’agir d’une partie de la facture) |
|  |  |  |  |  |  | |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_|, |\_\_|\_\_| |
|  |  |  |  |  |  | |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_|, |\_\_|\_\_| |
|  |  |  |  |  |  | |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_|, |\_\_|\_\_| |
|  |  |  |  |  |  | |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_|, |\_\_|\_\_| |
|  |  |  |  |  |  | |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_|, |\_\_|\_\_| |
|  |  |  |  |  |  | |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_|, |\_\_|\_\_| |
|  |  |  |  |  |  | |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_|, |\_\_|\_\_| |
|  |  |  |  |  |  | |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_|, |\_\_|\_\_| |
|  |  |  |  |  |  | |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_|, |\_\_|\_\_| |
|  |  |  |  |  |  | |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_|, |\_\_|\_\_| |
|  |  |  |  |  |  | |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_|, |\_\_|\_\_| |
|  |  |  |  |  |  | |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_|, |\_\_|\_\_| |
| **MONTANT TOTAL** | | | | | | |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_|, |\_\_|\_\_| |

1 Veuillez préciser le type de dépense.

2 Lorsque la facture concerne plusieurs dépenses dont certaines ne sont pas éligibles, il convient d’indiquer sur la copie de la facture celles qui sont éligibles (par exemple en surlignant les montants à prendre en compte). Indiquer toutes les dépenses éligibles, même au-delà du plafond.

Certifié exact et sincère, le (date) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nom, prénom du **représentant de la structure** : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Qualité : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cachet et signature :

**ANNEXE 2  SI NECESSAIRE : attestation sur l’HONNEUR – CONFORMITE TITULAIRE RIB**

Nom – Prénom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Président(e)

CUMA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fait à,

Le

**ATTESTATION SUR L’HONNEUR**

Je soussigné(e) Madame / Monsieur\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Président(e)de la CUMA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

atteste sur l’honneur que Madame/Monsieur\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

est bien le (trésorier(e) – administrateur – secrétaire)1 de la CUMA.

A ce titre, son nom apparaît sur le RIB fourni.

Je demande donc à l’Agence de Service et de Paiement (ASP) que les aides pour l’opération 4.1.6 Investissements productifs des CUMA dont la CUMA

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

est bénéficiaire soient versées sur le compte numéro (IBAN) :

FR /\_\_/\_\_/ /\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/ /\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/ /\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/ /\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/ /\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/ /\_\_/\_\_/\_\_/

Signature

1 Rayer la mention inutile