

FORMULAIRE DE DEMANDE DE PAIEMENT
TYPE D'OPERATION 4.3.1 DU PROGRAMME DE DEVELOPPEMENT RURAL
LANGUEDOC ROUSSILLON 2014 - 2020
INVESTISSEMENTS DES COLLECTIVITÉS POUR LA RECONQUÊTE DU FONCIER
AGRICOLE ET FORESTIER

Avant de remplir cette demande, veuillez lire attentivement la notice d'information correspondante. Veuillez transmettre l'original à la Région Occitanie et conserver un exemplaire.

CADRE RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

NOM DU BÉNÉFICIAIRE : _____

LIBELLE DE L'OPÉRATION : _____

N° OSIRIS : _____

FORMULATION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT

Je soussigné (e) / nous soussignés,
Nom (s), Prénom (s) _____

représentant légal d'une personne morale : raison sociale : _____

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 d'un deuxième acompte d'un troisième acompte
 du solde

Montant des dépenses réalisées à ce jour : _____ €

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 :

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

Dépenses réalisées qui donnent lieu à des factures : veuillez vous reporter aux annexes.

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

Veuillez compléter le tableau ci-dessous au moment de votre demande de solde

Financiers sollicités	Montant en €
Montant des aides attendues (FEADER, Région, Département) au titre du Type d'Opération 4.3.1 du PDR LR	_ _ _ _ _ _ _ _ _ , _ _ _ _ _
Montant des aides attendues hors PDR LR ⁽¹⁾	_ _ _ _ _ _ _ _ _ , _ _ _ _ _
Sous-total financeurs publics	_ _ _ _ _ _ _ _ _ , _ _ _ _ _
Emprunt ⁽²⁾ , Auto-financement	_ _ _ _ _ _ _ _ _ , _ _ _ _ _
Autre	_ _ _ _ _ _ _ _ _ , _ _ _ _ _
Sous-total financeurs privés	_ _ _ _ _ _ _ _ _ , _ _ _ _ _
Auto-financement	_ _ _ _ _ _ _ _ _ , _ _ _ _ _
TOTAL général = coût global 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 lorsque vous souhaitez que l'aide soit versée sur un autre compte bancaire que celui fourni lors de votre dépôt de dossier.

Vous avez un compte bancaire unique ou plusieurs comptes bancaires pour le versement des aides. Le service instructeur connaît ce(s) compte(s) et en possède le(s) RIB-IBAN. 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 Région Occitanie.

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

INDICATEURS

Merci de renseigner le ou les indicateurs suivants :

- coût global du projet
- nombre d'hectares reconquis ou restructurés dans le cadre du projet

LISTE DES PIÈCES JUSTIFICATIVES À JOINDRE À VOTRE DEMANDE

Le récapitulatif des dépenses figure en annexe. En plus des pièces listées ci-dessous, je joins à ma demande les justificatifs de dépenses correspondants (facture acquittées, fiches de paie, tableau de suivi des temps de travaux pour l'ingénierie réalisée en interne...).

Pièces	Type de demandeur concerné / type de projet concerné	Pièce jointe	Pièce déjà fournie à l'administration	Sans objet
Exemplaire original du présent formulaire de demande de paiement complété et signé, dont les annexes 1 à 3	Tous	<input type="checkbox"/>		
Relevé d'identité bancaire-IBAN (ou copie lisible) ⁽¹⁾	Tous	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pièce d'identité ou passeport en cours de validité pour les structures privées	Structures de droit privé, lorsque cette pièce n'a pas été fournie à l'appui de la demande d'aide	<input type="checkbox"/>		
Copies des factures acquittées et/ou Etat récapitulatif des dépenses certifié et/ou relevés bancaires attestant du paiement des factures ⁽²⁾	Tous	<input type="checkbox"/>		
Pour les dépenses de rémunération : bulletins de salaires, journal de paie ou déclaration annuelle des données sociales	Si un coût horaire n'a pas été fixé dans la décision attributive de l'aide pour l'agent concerné (voir annexe de la décision juridique)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Pour les dépenses de rémunération : tableau listant les jours de congés exceptionnels (garde enfant malade, mariage, congé parentalité ...) et d'arrêt maladie effectués durant la période de réalisation de l'opération, visé par l'agent et son responsable hiérarchique- voir notice et son annexe 1	Si le ou les agents concernés sont affectés à 100 % à la réalisation de l'opération (les heures correspondantes doivent être déduites des dépenses éligibles)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Pour les dépenses de rémunération : pièces justificatives du temps consacré par le ou les salariés à l'opération (relevé de temps passé ou calendrier de temps de travail, visé par l'agent et son supérieur hiérarchique)- voir notice et son annexe 2	Si le ou les agents concernés ne sont pas affectés à 100 % à la réalisation de l'opération	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Statuts de la société	Si modification depuis la demande d'aide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déclaration de démarrage des travaux/de l'opération	à produire au plus tard lors de la première demande de paiement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déclaration attestant l'achèvement et la conformité des travaux/de l'opération	à produire au plus tard lors de la demande de paiement du solde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pièces justificatives démontrant le respect de la commande publique (avis de publication de l'appel d'offre, acte d'engagement signé...)	Porteur de projet soumis à l'ordonnance n°2015/899	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

⁽¹⁾ Le RIB-IBAN n'est pas à produire si le compte bancaire est déjà connu de l'administration. Dans le cas contraire (compte inconnu ou nouveau compte), vous devez fournir le RIB-IBAN du compte sur lequel l'aide doit être versée (Le RIB-IBAN doit être lisible, non raturé et non surchargé).

⁽²⁾ 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, l'état récapitulatif des dépenses doit être certifié par le commissaire aux comptes ou par le comptable public, ou bien l'usager doit produire, à l'appui de sa demande de paiement, une copie des relevés bancaires correspondants.

ANNEXE 2 : FRAIS D'INGÉNIERIE

Si prestation :

Nature de l'investissement 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 l'investissement éligible ² <input type="checkbox"/> HT (il peut s'agir d'une partie de la facture)
					<input type="checkbox"/>	_ _ _ _ _ _ , _ _
					<input type="checkbox"/>	_ _ _ _ _ _ , _ _
					<input type="checkbox"/>	_ _ _ _ _ _ , _ _
MONTANT TOTAL						_ _ _ _ _ _ , _ _

¹ Veuillez vous reporter aux postes de dépense prévues dans la convention

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

Uniquement pour les structures publiques et les structures qualifiées de droit public dont l'autofinancement appelle du FEADER : Je certifie que les dépenses figurant dans ce récapitulatif ont été réellement supportées par la structure qui demande le paiement de la subvention, et n'ont fait l'objet d'aucune remise, rabais, ristourne, ou avoir. En cas d'acquisition de matériel, je certifie que celui-ci n'a pas été revendu.
 Certifié exact et sincère, le (date) : _____ Cachet et signature : _____
 Nom, prénom de l'**agent comptable/du commissaire aux comptes/de l'expert aux comptes de la structure** : _____

Certifié exact et sincère, le (date) : _____
 Nom, prénom du **représentant de la structure** : _____
 Qualité : _____
 Cachet et signature : _____

Si dépenses de personnel supportée par le bénéficiaire :

1. Tableau à remplir pour les agents pour lesquels un coût horaire est fixé en annexe de la décision juridique (agents dans la structure depuis plus de 12 mois au moment du dépôt de la demande d'aide)

Description de l'intervention	Qualification de l'intervenant ¹	Nom de l'intervenant	Nombre d'heures travaillées sur la période ³ (a)	Cas A : agents non affectés à 100 % à la réalisation de l'opération : Nombre d'heures consacrées à l'opération (b)	Cas B : agents affectés à 100 % à la réalisation de l'opération : Nombre d'heures non éligibles, le cas échéant (arrêts maladie, congés parentalité, etc.) (c)	Coût horaire fixé dans la décision attributive de l'aide (d)	Frais salariaux liés à l'opération (e) Cas A : (e) = (b) X (d) Cas B : (e) = (d) * [(a) - (c)]
							_ _ _ _ _ _ , _ _
							_ _ _ _ _ _ , _ _
							_ _ _ _ _ _ , _ _
							_ _ _ _ _ _ , _ _
MONTANT TOTAL							_ _ _ _ _ _ , _ _

¹ Par exemple : ingénieur / technicien...

³ Nombre d'heures travaillées sur la période = [1607/12] * nb de mois de la période faisant l'objet de la présente demande de paiement (= période de référence).

Exemple : si la période faisant l'objet de la demande de paiement concerne les salaires des mois de juillet à décembre (6 mois) le nombre d'heures travaillées est de [1720/12] * 6 = 859,99 heures

Uniquement pour les structures publiques et les structures qualifiées de droit public dont l'autofinancement appelle du FEADER : Je certifie que les dépenses figurant dans ce récapitulatif ont été réellement supportées par la structure qui demande le paiement de la subvention, et n'ont fait l'objet d'aucune remise, rabais, ristourne, ou avoir. En cas d'acquisition de matériel, je certifie que celui-ci n'a pas été revendu.
Certifié exact et sincère, le (date) : _____ Cachet et signature : _____
Nom, prénom de l'**agent comptable/du commissaire aux comptes/de l'expert aux comptes de la structure** : _____

Certifié exact et sincère, le (date) : _____
Nom, prénom du **représentant de la structure** : _____
Qualité : _____
Cachet et signature : _____

2. Tableau à remplir pour les agents pour lesquels un coût horaire n'est pas fixé en annexe de la décision juridique (agents dans la structure depuis moins de 12 mois au moment du dépôt de la demande d'aide)

Description de l'intervention	Qualification de l'intervenant ¹	Nom de l'intervenant	Coût salarial ² sur la période faisant l'objet de la présente demande de paiement (a)	Nombre d'heures travaillées sur la pé- riode ³ (b)	Coût horaire sur la période (c) (c) = (a) / (b)	Cas A : agents non affectés à 100 % à la réalisation de l'opération : Nombre d'heures consacrées à l'opé- ration (d)	Cas B : agents af- fectés à 100 % à la réalisation de l'opé- ration : Nombre d'heures non éligibles sur la période de référé- nce, le cas échéant (arrêts maladie, congés parentalité, etc.) (e)	Montant des dépenses éli- gibles en € (f) Cas A : (f) = (d)*(c) Cas B : (f) = [(b)-(e)]*(c)
			_____					_____, ____
			_____					_____, ____
			_____					_____, ____
			_____					_____, ____
			_____					_____, ____
MONTANT TOTAL								_____, ____

¹ Par exemple : ingénieur / technicien...

² Coût éligible = salaire brut + charges patronales

³ Nombre d'heures travaillées sur la période = [1607/12] * nb de mois de la période faisant l'objet de la présente demande de paiement.

Exemple : si la période faisant l'objet de la demande de paiement concerne les salaires des mois de juillet à décembre (6 mois) le nombre d'heures travaillées est de [1607/12] * 6 = 803,5 heures

⁴ Un enregistrement du temps de travail comportant l'ensemble des éléments présents dans le modèle est indispensable pour les personnes non affectées à 100 % à la réalisation de l'opération. Ce document sera utilisé pour le contrôle croisé avec les autres dispositifs d'aide.

Pour les structures publiques et les structures qualifiées de droit public dont l'autofinancement appelle du FEADER : Je certifie que les dépenses figurant dans ce récapitulatif ont été réellement supportées par la structure qui demande le paiement de la subvention, et n'ont fait l'objet d'aucune remise, rabais, ristourne, ou avoir. En cas d'acquisition de matériel, je certifie que celui-ci n'a pas été revendu.

Certifié exact et sincère, le (date) : _____ Cachet et signature : _____

Nom, prénom du **comptable de la structure** : _____

Certifié exact et sincère, le (date) : _____

Nom, prénom du **représentant de la structure** : _____

Qualité : _____

Cachet et signature : _____

