



FORMULAIRE DE DEMANDE DE PAIEMENT

GESTION DES ESPACES PASTORAUX :

BONNE CONDUITE DES TROUPEAUX SUR LES ESTIVES PYRENEENNES

ACCOMPAGNEMENT DES ACTIVITES AGRO-PASTORALES DANS LES ESPACES A HAUTE VALEUR

ENVIRONNEMENTALE

TYPE D'OPÉRATION 7.6.6 DU PROGRAMME DE DEVELOPPEMENT RURAL LANGUEDOC ROUSSILLON 2014-2020

Avant de remplir cette demande, veuillez lire attentivement la notice d'information correspondante. Veuillez transmettre l'original à la DDT(M) de votre département et conserver un exemplaire.

CADRE RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

NOM DU BENEFICIAIRE : _____

LIBELLE DE L'OPERATION : _____

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,

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	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⁾	Si paiement sur un compte différent de celui dont le RIB a été transmis avec la demande d'aide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Carte nationale d'identité (ou passeport) en cours de validité du représentant légal de la structure	Structures de droit privé, lorsque cette pièce n'a pas été fournie à l'appui de la demande d'aide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Copies des factures acquittées et/ ou Etat récapitulatif des dépenses certifié et/ou relevés bancaires attestant du paiement des factures ⁽²⁾	Selon le cas	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Déclaration de démarrage des travaux/de l'opération et premier acte juridique passé pour la réalisation de l'opération (premier bon de commande, devis signé, etc.)	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"/>
Extrait Kbis	Si changement de Kbis depuis la date de dépôt de la demande d'aide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Statuts de la société ou de l'association	Si modification depuis la demande d'aide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pour les dépenses de rémunération : bulletins de salaires	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 annexe 3 « justificatifs de temps passé »	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 et/ou de bénévolat et/ou de main d'œuvre pour l'autoconstruction : pièces justificatives du temps consacré par le ou les salariés/bénévoles/exploitants à l'opération (relevé de temps passé cosigné par l'agent/le bénévole et son responsable hiérarchique / signé par l'exploitant) (voir annexe 3 « justificatifs de temps passé »)	Si le ou les agents concernés ne sont pas affectés à 100 % à la réalisation de l'opération			
Pour tous les frais de déplacement (remboursés sur la base des frais réels et des coûts forfaitaires) : - Remplir l'annexe X « frais de mission » ou tout document équivalent pour chaque agent concerné.	Tous	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si cette annexe comporte des indemnités kilométrique, elle doit être signée par le comptable de la structure, ou à défaut, accompagnée d'un carnet de bord d'utilisation du véhicule visé par le comptable ou de copies des itinéraires empruntés (mappy, via michelin, ou autre)				
Pour les frais de déplacements remboursés sur la base des frais réels (cf. notice) : - justificatifs de dépense : billets de train, factures, tickets de péage, etc... - preuve d'acquiescement (2) » (voir notice et annexe correspondante) ou tout document équivalent	Tous	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pour les indemnités kilométriques : Copie de la carte grise du/des véhicules utilisé(s)	Tous	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Carnet de pâturage	Tous	<input type="checkbox"/>		
Pièces justificatives démontrant le respect des règles de la commande publique (avis de publication de l'appel d'offre, etc.) : voir annexe « respect des règles de la commande publique »	Si Maître d'Ouvrage Public (MOP) ou OQDP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres documents attestant du service fait	Tous	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Compte-rendu d'exécution/ rapport d'activité de l'opération	Tous ?	<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 l'expert comptable (ou bien 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 : DÉPENSES DE REMUNERATION

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 [1607/12] * 6 = 803,5 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)	Quotité de travail (=1 si temps plein / =X % si agent à temps partiel) (b)	Nombre d'heures travaillées sur la période ³ (c)	Coût horaire sur la période (d) (d) = (a) / (b*c)	Cas A : agents non affectés à 100 % à la réalisation de l'opération : Nombre d'heures consacrées à l'opération (e)	Cas B : agents affectés à 100 % à la réalisation de l'opération : Nombre d'heures non éligibles sur la période de référence, le cas échéant (arrêts maladie, congés parentalité, etc.) (f)	Montant des dépenses éligibles en € (g) Cas A : (g) = (e)*(d) Cas B : (g) = [(c)-(f)]*(d)
			□□□□ □□□□, □□						□□□□ □□□□, □□
			□□□□ □□□□, □□						□□□□ □□□□, □□
			□□□□ □□□□, □□						□□□□ □□□□, □□
			□□□□ □□□□, □□						□□□□ □□□□, □□
			□□□□ □□□□, □□						□□□□ □□□□, □□
			□□□□ □□□□, □□						□□□□ □□□□, □□
			□□□□ □□□□, □□						□□□□ □□□□, □□
			□□□□ □□□□, □□						□□□□ □□□□, □□
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 (= 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 [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.