

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **FORMULAIRE DE DEMANDE DE PAIEMENT**  **soutien préparatoire ou mise en œuvre**  **d’activités de coopération du gal Durance Provence**  **type d’opération 19.3 du programme de développement rural**  **Provence-Alpes-Côte d’azur 2014-2020**  **PRIORITE 6B**  **Veuillez transmettre l’original du formulaire et ses annexes au Groupe d’Action Locale Durance Provence et conservez un exemplaire.**  **Avant de remplir cette demande, veuillez lire attentivement la notice d’information jointe.**  **Cette demande d’aide une fois complétée constitue, avec l’ensemble des justificatifs joints par vos soins, le dossier de demande d’aide pour le FEADER. Ce formulaire et ses annexes doivent être signés par qui de droit.**  **Cadre réservé au GUSI :**  N° de dossier OSIRIS : Date de réception :  Type de coopération : ☐ Soutien préparatoire ☐ Interterritoriale ☐ Transnationale  Domaine prioritaire principal : 6B Domaine prioritaire secondaire : 6B  Fiche action concernée par l’opération : 8 - Coopérer et échanger pour mieux entreprendre  Si GAL chef de file/référent, indiquer le numéro de dossier national (NUMGAL chef de file / référent + NUM OSIRIS) :  Le cas échéant, N°OSIRIS de l’opération de soutien préparatoire dont est issue l’opération objet de la présente demande :  Nom de la structure porteuse du GAL : Provence Alpes Agglomération  N° SIRET du GAL : 200 067 437 00018 Code du GAL : 227  Nom, prénom du représentant légal de la structure porteuse du GAL : Patricia GRANET-BRUNELLO  Fonction du représentant légal (maire, président…) : Présidente |

Version du formulaire : 1903\_FormulaireDP\_v5 – Juillet 2022

**NUMERO DE DOSSIER NATIONAL**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**INTITULÉ DU PROJET** *(A remplir par le demandeur)*

|  |
| --- |
| **Rappel (Cadre réservé au GUSI) :**  Date à laquelle le bénéficiaire peut commencer l’exécution de son opération**:**  Date à laquelle l’opération doit obligatoirement être achevée**:**  Date limite pour déposer le présent formulaire de demande**:** |

|  |
| --- |
| Je, soussigné(e), \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (nom, prénom du représentant de la structure), agissant en qualité de représentant légal de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (nom de la structure bénéficiaire de la décision d’aide) demande le versement des aides qui ont été accordées à \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (nom de la structure bénéficiaire de la décision d’aide) par la convention attributive relative au dossier RPAC\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Ce document est ma :   * 🞎 Première demande de paiement (acompte) * 🞎 Dernière demande de paiement (solde)     Date de début d'exécution de l'opération :  Date de fin d'exécution de l'opération (pour la dernière demande de paiement uniquement) :  Montant total des dépenses supportées à ce jour pour l’opération : € *(tout type de dépenses liées à l’opération confondu)*  Dont : Montant des dépenses éligibles présentées pour la présente 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 :   * 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]  **J’atteste (nous attestons) sur l’honneur** :  🞎 Que tout ou partie du projet pour lequel je demande le versement de l’aide a bien été réalisé,  🞎 Que je n’ai (nous n’avons) pas sollicité pour le même projet, une aide autre que celles indiquées sur le présent formulaire de demande de paiement,  🞎 L’exactitude des renseignements fournis dans le présent formulaire et les pièces jointes. |

COORDONNEES DU COMPTE BANCAIRE SUR LEQUEL LE VERSEMENT DE L’AIDE EST DEMANDEE)

|  |
| --- |
| 🞎 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. Veuillez donner ci-après les coordonnées du compte choisi pour le versement de cette aide, ou bien joindre un RIB :  Code établissement \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Code guichet \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N° de compte \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Clé \_\_\_\_\_\_\_\_  🞎Vous avez choisi un nouveau compte bancaire : veuillez joindre obligatoirement un RIB.  IBAN :  BIC : |

DEPENSES REALISEES (à compléter pour toute demande de paiement):

**NB : Les dépenses matérielles et les coûts indirects de 15% ne peuvent pas être présentés pour les demandes de paiement relatives au soutien préparatoire**

**En cas de signature d’une convention partenariale, le chef de file additionne dans le tableau ci-dessous les dépenses de tous les partenaires signataires de la convention.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Postes de dépenses (annexes)** | | **Montant HT** | **Montant TVA**  (uniquement si vous présentez la TVA) |
| Annexe 1a : dépenses sur factures | | € | € |
| Annexe 1b : dépenses sur factures proratisées | | € | € |
| Annexe 2 : | dépenses de rémunération sur frais réels liées à l’opération | € | € |
| Coûts indirects (15% des frais de personnel retenus éligibles) | € | € |
| Annexe 3 : dépenses au réel liées à l’opération | | € | € |
| Annexe 4 : dépenses forfaitaires liées à l’opération | | € | € |
| **Total** | | € (A) | € (B) |

|  |  |
| --- | --- |
| **Total général présenté (A+ B) :** | € |

**RECETTES GÉNÉRÉES PAR LE PROJET**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Des recettes ont-elles été générées par le projet **pendant** la période de réalisation du projet ? | ☐ Oui | ☐ Non |
| Des recettes seront-elles été générées par le projet **après** la période de réalisation du projet ? | ☐ Oui | ☐ Non |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| N° de ligne | Nature des biens ou équipements revendus | Identifiant du justificatif | Montant HT |
| *1* | *Ex) Livre vendu* | *Ex) Facture°001 commande de livres* | *5000* € |
|  |  |  | € |
|  |  |  | € |
|  |  |  | € |
|  |  |  | € |
| **TOTAL des recettes réalisées et prévues après l’achèvement de l’opération** | | | € |

PLAN DE FINANCEMENT (à compléter à la dernière demande de paiement)

|  |  |
| --- | --- |
| Taux d'aide publique conventionné | % |
|  |  |
| Montant correspondant de l'aide publique | € |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Financements publics | | |  |
| **Source de financement** | **Financeurs publics sollicités** | **Montant reçu** | **Montant à percevoir** |
| Conseil régional | Région Provence-Alpes-Côte d’Azur | € | € |
| Conseil départemental | Alpes de Haute-Provence | € | € |
| Autre financeur public | Préciser | € | € |
| Autofinancement du maître d’ouvrage public ou OQDP appelant du FEADER | Préciser | € | € |
|  |  |  |  |
| Contributions privées | | |  |
| **Nom du financeur** | **Type de contribution** | **Montant reçu** | **Montant à percevoir** |
|  |  | € | € |
|  |  |  |  |
| Emprunts | | |  |
| **Identification du prêteur** | **Type de prêt** | **Montant du prêt reçu** | **Montant à percevoir** |
|  |  | € | € |
|  |  |  |  |
| Financement du demandeur | | |  |
| Autofinancement n’appelant pas de FEADER |  | € | € |
|  |  |  |  |
| **total general du financement du projet** | | € | € |

LISTE DES PIECES JUSTIFICATIVES A FOURNIR A L’APPUI DE VOTRE DEMANDE DE PAIEMENT

Le récapitulatif des dépenses figure en annexes. Je joins à l’appui de ma demande de paiement l’ensemble des justificatifs de dépenses correspondants (facture acquittées, fiches de paie…).

| **Pièces** | **Type de demandeur concerné /**  **type de projet concerné** | **Pièce jointe** | **Pièce déjà fournie** | **Sans objet** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Exemplaire original du présent formulaire de demande de paiement complété et signé | Pour tous | ☑ |  |  |
| Accord de coopération | Pour tous si l’accord de coopération a évolué depuis le dépôt de la demande d’aide | 🞎 | 🞎 |  |
| Preuve de la représentation légale ou pouvoir pour un porteur de projet agissant en qualité de représentant légal ou en vertu d’un pouvoir qui lui est donné | Dans le cadre d’une délégation de signature | 🞎 |  |  |
| Pièces permettant de mettre à jour l’identification et les coordonnées du chef de file | Le cas échéant | 🞎 |  | 🞎 |
| Pièces justificatives attestant de la réalisation de l'investissement (ex : rapport d’études) | Dans le cas d’investissements immatériels réalisés (prestation de service, études, animation…) | 🞎 |  | 🞎 |
| Annexe 1 dûment complétée, signée et certifiée | Dépenses sur facture | 🞎 |  | 🞎 |
| Justificatifs des dépenses réalisées (Factures, fiches de paie, etc.) et justificatifs d’acquittement [[1]](#footnote-1) | Dépenses sur facture | 🞎 |  | 🞎 |
| Annexe 2 dûment complétée, signée et certifiée | Dans le cas de dépenses de rémunération | 🞎 |  | 🞎 |
| Bulletins de salaires, journal de paie ou déclaration annuelle des données sociales (DADS) | Dans le cas de dépenses de rémunération | 🞎 |  | 🞎 |
| Pièces justificatives du temps consacré à l’opération (copie de fiche de poste, contrat de travail, relevé de temps passé, lettre de mission ou copie de fiche de temps, …) | Dans le cas de dépenses de rémunération | 🞎 |  | 🞎 |
| Base légale ou contractuelle portant sur le temps annuel de travail au sein de la structure | Dans le cas de dépenses de rémunération | 🞎 |  | 🞎 |
| Annexe 3 et/ou 4 dûment complétées, signées et certifiées | Si la réalisation du projet induit des frais de déplacement, hébergement, restauration,… | 🞎 |  | 🞎 |
| Justificatifs de frais professionnels (déplacements, hébergement et restauration) | Si la réalisation du projet induit des frais de déplacement, hébergement, restauration,… | 🞎 |  | 🞎 |
| Copie de la convention liant le bénéficiaire au partenaire | Dans le cas où tout ou partie du projet est réalisée en sous-traitance | 🞎 |  | 🞎 |
| Pièces justificatives démontrant le respect de la commande publique (avis de publication de l’appel d’offre, cahier des charges, acte d’engagement, rapport d’analyse des offres, notification…etc. ) | Si marché public | 🞎 |  | 🞎 |
| Preuve du respect de l’engagement de faire la publicité de la participation communautaire (ex : photos,…) <http://europe.maregionsud.fr/je-suis-beneficiaire/obligations-et-regles-de-publicite/> | Nature des justificatifs attendus en fonction de la nature et du montant de la dépense | 🞎 |  | 🞎 |
| Relevé d’identité bancaire (ou copie lisible)[[2]](#footnote-2) | Dans le cas où vous souhaitez que l’aide soit versée sur un autre compte que celui indiqué dans l’en-tête du formulaire | 🞎 | 🞎 |  |
| Certificat de conformité aux obligations sociales | Pour les entreprises agricoles | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
| Justificatifs du versement des aides publiques perçues sur l’opération | Pour les financements publics | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
| Relevé de compte de la structure maître d’ouvrage du projet ou attestation de versement du financeur privé | Pour les financements privés | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
| Déclaration des aides placées sous le règlement de minimis n° 1407/2013 | Pour tous les projets | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
| Derniers comptes validés de la structure et budget prévisionnel de l’exercice en cours | Pour tous les projets | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
| Annexes 7 | En cas de signature d’une convention chef de file  (Annexes A, B, C, D, E par partenaire, le cas échéant) | 🞎 | 🞎 | 🞎 |

|  |
| --- |
| **Pour les structures publiques uniquement :**  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.  Certifié exact et sincère, le (date) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Nom, prénom, qualité, cachet et signature du Comptable public** |
|  |
| Certifié exact et sincère, le (date) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Nom, prénom, qualité, cachet et signature du** **représentant de la structure** : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |
| **Pour les structures privées uniquement :**  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.  Certifié exact et sincère, le (date) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Nom, prénom, qualité, cachet et signature du Commissaire aux Comptes ou de l’expert-comptable de la structure** |

**ANNEXES**

**En cas de signature d’une convention partenariale, les partenaires (hors chef de file) complètent les annexes p.15 à 20**

|  |  |
| --- | --- |
| **Poste de dépenses** | |
| Prestations de services | PREST |
| Frais de personnel | PERS |
| Coûts indirects\* | Coûts indirects |
| Frais de déplacement, restauration, hébergement | DEPL |
| Frais de formation des membres du GAL | FORM |
| Dépenses matérielles\* | MAT |

\*

Rappel : Les dépenses matérielles et les coûts indirects de 15% ne peuvent pas être présentés pour les demandes de paiement relatives au soutien préparatoire

Annexe 1.a : DEPENSES REALISEES Faisant l’objet d’une facturation (le cas échéant, à remplir par le chef de file ; sinon par le porteur de projet) :

|  |
| --- |
| **Rappel (cadre réservé à l’administration) :**  Date à laquelle le bénéficiaire peut commencer l’exécution de son opération :  Date à laquelle l’opération doit obligatoirement être achevée :  Date limite pour déposer le présent formulaire de demande : |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| N° de ligne | Description de la dépense | Dénomination du fournisseur à l’origine de la facture | Identifiant justificatif (n° de la facture) | CODE  Poste de dépenses (1) | Montant de la dépense réalisée (2)  **HT** | Montant de la **TVA** | Date émission de la facture | Date d’acquittement de la facture | Facture jointe | Preuve de l’acquittement (relevé de compte, mandat de paiement, facture acquittée…) |
|  |  |  |  |  | € | € |  |  | 🞏 |  |
|  |  |  |  |  | € | € |  |  | 🞏 |  |
|  |  |  |  |  | € | € |  |  | 🞏 |  |
|  |  |  |  |  | € | € |  |  | 🞏 |  |
|  |  |  |  |  | € | € |  |  | 🞏 |  |
|  |  |  |  |  | € | € |  |  | 🞏 |  |
|  |  |  |  |  | € | € |  |  | 🞏 |  |
|  |  |  |  |  | € | € |  |  | 🞏 |  |
|  |  |  |  | **TOTAL des dépenses :** | € | € |  |  |  |  |

(1) Poste de dépense prévu dans la décision juridique auquel se rattache la dépense

**(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)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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. Je certifie que le matériel ainsi acquis n’a pas été revendu.  Certifié exact et sincère, le (date) :  Nom, prénom du **Commissaire aux comptes ou de l’expert-comptable, dans le cas d’un porteur de projet privé ou du comptable public dans le cas d’un porteur de projet public:**  Cachet et signature : |  | Certifié exact et sincère, le : ………………………………….  Nom, prénom, qualité, cachet et signature du **représentant** légal de la structure : |

ANNEXE 1.b : DÉPENSES REALISEES SUR FACTURES (A PRORATISER)

Cette annexe est à utiliser pour présenter les dépenses réalisées et justifiées par une facture mais dont seulement un taux\*\* est présentable.

Le prorata des dépenses présentables peut être un taux fixé dans la réglementation de l’aide ou déterminé à partir de données de l’opération et de données de la structure du demandeur.

\*\*Ce taux est celui retenu par le service instructeur à l’instruction et communiqué au porteur de projet à sa demande. Il équivaut à la part de dépenses supportées par le porteur de projet dans le cadre d’une dépense commune à plusieurs partenaires d’un même projet de coopération. Ce taux est soumis au respect des 10 points de dépassement de poste autorisés (cf. convention attributive).

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| N° de ligne | Description de la dépense | Dénomination du fournisseur à l’origine de la facture | Identifiant justificatif (n° de la facture) | CODE Poste de dépenses | Montant HT\*  (Montant HT de la facture ou d’une partie de la facture) | Montant TVA | Taux de proratisation\*\*  (Taux retenu à l’instruction) | Unité (1) | Montant HT réalisé  proratisé (2) | Montant TVA réalisé  proratisé (3) | Date d’émission de la facture | Date d’acquittement de la facture proratisée | Facture jointe | Preuve de l’acquittement (relevé de compte, mandat de paiement, facture acquittée…) |
| *Exemple* | *Nature de la dépense précise* | *Nom de l’entreprise, de la structure à l’auteur de la facture* | *Information sur le justificatif joint et qui permet de l’identifier* | *Groupe de dépenses Code dépense* | *Montant HT de la facture ou d’une partie de la facture* |  |  | *Unité à associer au taux de proratisation* | *Montant HT présenté après l’application du prorata* | *Montant de la TVA présenté après l’application du prorata* |  | *Acquittement relatif à la part des dépenses présentées* |  |  |
| 1 |  |  |  |  | € | € |  |  | € | € |  |  | 🞏 |  |
| 2 |  |  |  |  | € | € |  |  | € | € |  |  | 🞏 |  |
| 3 |  |  |  |  | € | € |  |  | € | € |  |  | 🞏 |  |
|  | **TOTAL DES DEPENSES SUR FACTURES** | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |

\* Seuls les demandeurs qui ne récupèrent pas la TVA peuvent présenter des dépenses HT + TVA.

1. Unité associée au taux de proratisation
2. Montant HT réalisé proratisé = Montant HT x taux de proratisation / 100
3. Montant de la TVA réalisé proratisé = Montant TVA x taux de proratisation / 100

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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. Je certifie que le matériel ainsi acquis n’a pas été revendu.  Certifié exact et sincère, le (date) :  Nom, prénom du **Commissaire aux comptes ou de l’expert-comptable, dans le cas d’un porteur de projet privé ou du comptable public dans le cas d’un porteur de projet public:**  Cachet et signature : |  | Certifié exact et sincère, le : ………………………………….  Nom, prénom, qualité, cachet et signature du **représentant** légal de la structure : |

Annexe 2 : DEPENSES DE REMUNERATION SUR FRAIS REELs LIEES A L’OPERATION (le cas échéant, à remplir par le chef de file ; sinon par le porteur de projet)

|  |
| --- |
| **Rappel (cadre réservé à l’administration) :**  Date à laquelle le bénéficiaire peut commencer l’exécution de son opération :  Date à laquelle l’opération doit obligatoirement être achevée :  Date limite pour déposer le présent formulaire de demande : |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Description de la dépense | | Nom et prénom de l’intervenant | Qualification (1) | Poste de dépense (2) | Année civile | Coût salarial sur la période  Salaire + charges patronales, prévus sur la période de réalisation de l’intervention **(a)**(3) | **OPTION A** | **OPTION B** | | Unité | Frais salariaux liés à l’opération (en €) | | Preuve de l’acquittement (relevé de compte, mandat de paiement,…) |
| N° de ligne | Nature et description de l’intervention | Temps de travail fixe affecté à l’action  (en %) **(b)** | Temps de travail sur l’opération (4)  **(c)** | Temps de travail sur la période (5) **(d)** | **OPTION A** :  a x b  **OPTION B** :  a x (c/d) | Fiche de paie jointe (ou autre justificatif) |
| *Ex* | *Ex : animation* | *DUPONT Xavier* | *Chargé de mission* | *Frais salariaux* | *2016* | *26.000 €* | *25% soit 50% du temps de travail à mi-temps* | *Temps de travail sur l’opération en heures. Ex. 200 heures* | *Nombre d’heures travaillées par an. Ex. : 800 heures car travail à mi-temps* | *heure* | *OPTION A : 26.000 x  25% = 6.500 €*  *OPTION B : 26.000 x 200/800 = 6.500 €* |  |  |
| 1 |  |  |  |  |  | € |  |  |  |  | € | 🞏 |  |
| 2 |  |  |  |  |  | € |  |  |  |  | € | 🞏 |  |
| 3 |  |  |  |  |  | € |  |  |  |  | € | 🞏 |  |
| 4 |  |  |  |  |  | € |  |  |  |  | € | 🞏 |  |
| 5 |  |  |  |  |  | € |  |  |  |  | € | 🞏 |  |
| **TOTAL\*** | | | | | | | | | | | € |  |  |

(1) Par exemple : ingénieur / technicien…

(2) Poste de dépense prévu dans la décision juridique auquel se rattache la dépense.

(3) Montant éligible pour les salaires : salaires bruts + charges patronales. Exemple : coût salarial : 26 000 € / temps de travail 800 heures car l’intervention dure un an et que l’employé travaille à mi-temps. Temps de travail sur l’opération est de 200 heures car l’employé sera affecté à 25 % sur ce projet – montant présenté : 6 500 € {26 000 € x 200h/800h}

(4) Un enregistrement du temps de travail est indispensable.

(5) Le temps de travail sur la période équivaut au nombre d’heures effectuées dans l’année civile (soit 1607h pour une personne travaillant à temps plein ou voir convention collective).

\*Le montant total doit être reporté dans le tableau récapitulatif des dépenses réalisées en début du formulaire de demande de paiement pour chaque annexe concernée

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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. Je certifie que le matériel ainsi acquis n’a pas été revendu.  Certifié exact et sincère, le (date) :  Nom, prénom du **Commissaire aux comptes ou de l’expert-comptable, dans le cas d’un porteur de projet privé ou du comptable public dans le cas d’un porteur de projet public :**  Cachet et signature : |  | Certifié exact et sincère, le : ………………………………….  Nom, prénom, qualité, cachet et signature du **représentant** légal de la structure : |

Annexe 2BIS : DEPENSES DE REMUNERATION AU REEl – DEPENSES PRORATISES COUTS INDIRECTS

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dépenses proratisées coûts indirects** | | | | | |
| N° de ligne | Description de la dépense | Identifiant du justificatif | Taux de proratisation | Unité de coûts | Montant présenté |
| *Exemple* | *Coût indirects* | *Coûts indirects* | *15%* | *Indirects* | *975 €* |
|  |  |  |  |  |  |
| **TOTAL\*** | | | | |  |

Le montant présenté = Montant total des frais salariaux présenté X 0.15, soit dans l’exemple ici : 6.500 € X 0,15 = 975 €

\*Le montant total doit être reporté dans le tableau récapitulatif des dépenses réalisées en début du formulaire de demande de paiement pour chaque annexe concernée

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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. Je certifie que le matériel ainsi acquis n’a pas été revendu.  Certifié exact et sincère, le (date) :  Nom, prénom du **Commissaire aux comptes ou de l’expert-comptable, dans le cas d’un porteur de projet privé ou du comptable public dans le cas d’un porteur de projet public :**  Cachet et signature : |  | Certifié exact et sincère, le : ………………………………….  Nom, prénom, qualité, cachet et signature du **représentant** légal de la structure : |

Annexe 3 : DEPENSES DE FRAIS REELS (frais de déplacement, hébergement, restauration,…) (le cas échéant, à remplir par le chef de file ; sinon par le porteur de projet)

|  |
| --- |
| **Rappel (cadre réservé à l’administration) :**  Date à laquelle le bénéficiaire peut commencer l’exécution de son opération :  Date à laquelle l’opération doit obligatoirement être achevée :  Date limite pour déposer le présent formulaire de demande : |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| N° ligne | Description de la dépense | Nom de l’agent | Identifiant du justificatif (facture, note de frais…) | Poste de dépense (1) | Date émission | Date acquittement | Montant de la dépense réalisée  **HT** | Montant de la dépense réalisée  **TVA** | Justificatif joint | Preuve de l’acquittement (mandat de paiement, facture acquittée…) |
|  |  |  |  | *DEPL* |  |  | € | € | 🞏 |  |
|  |  |  |  | *DEPL* |  |  | € | € | 🞏 |  |
|  |  |  |  | *DEPL* |  |  | € | € | 🞏 |  |
|  |  |  |  | *DEPL* |  |  | € | € | 🞏 |  |
|  |  |  |  | *DEPL* |  |  | € | € | 🞏 |  |
| **TOTAL DES FRAIS REELS** | | | | | | | € | € |  | |

1. Poste de dépense prévu dans la décision juridique auquel se rattache la dépense

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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. Je certifie que le matériel ainsi acquis n’a pas été revendu.  Certifié exact et sincère, le (date) : :  Nom, prénom du **Commissaire aux comptes ou de l’expert-comptable, dans le cas d’un porteur de projet privé ou du comptable public dans le cas d’un porteur de projet public:**  Cachet et signature : |  | Certifié exact et sincère, le : ………………………………….  Nom, prénom, qualité, cachet et signature du **représentant** légal de la structure : |

Annexe 4 : DEPENSES SUR FORFAIT REALISEES (frais de déplacement, hébergement, restauration,…) (le cas échéant, à remplir par le chef de file ; sinon par le porteur de projet)

|  |
| --- |
| **Rappel (cadre réservé à l’administration) :**  Date à laquelle le bénéficiaire peut commencer l’exécution de son opération :  Date à laquelle l’opération doit obligatoirement être achevée :  Date limite pour déposer le présent formulaire de demande : |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| N° ligne | Description de la dépense | Identifiant du justificatif (facture, note de frais…) | Poste de dépense (1) | Date début | Date fin | Montant forfaitaire | Quantité | Unité | Montant réalisé | justificatif joint | Preuve de l’acquittement (notes de frais…) |
| *1* | *Réunion publique : déjeuner de travail* | *Facture n°12 « Au petit plat »* | *Frais de déplacement, hébergement, restauration* | 27/05/2014 | 28/06/2014 | *15 , 25 €* | *10* | *repas* | *152, 50 €* |  |  |
|  |  |  |  |  |  | € |  |  | € | 🞏 |  |
|  |  |  |  |  |  | € |  |  | € | 🞏 |  |
|  |  |  |  |  |  | € |  |  | € | 🞏 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | **TOTAL :** | € |  | |

1. Poste de dépense prévu dans la décision juridique auquel se rattache la dépense

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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. Je certifie que le matériel ainsi acquis n’a pas été revendu.  Certifié exact et sincère, le (date) : :  Nom, prénom du **Commissaire aux comptes ou de l’expert-comptable, dans le cas d’un porteur de projet privé ou du comptable public dans le cas d’un porteur de projet public:**  Cachet et signature : |  | Certifié exact et sincère, le : ………………………………….  Nom, prénom, qualité, cachet et signature du **représentant** légal de la structure : |

**ANNEXE 5 : SYNTHESE DES RECETTES GENEREES PAR L’OPERATION (voir le paragraphe relatif aux recettes dans la notice de demande de paiement) (le cas échéant, à remplir par le chef de file ; sinon par le porteur de projet)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nature de la recette** | **Nom du partenaire bénéficiaire** | **Action** | **Montant de la recette**  **(il peut s’agir d’une partie de la facture)**  **(HT)** | **Identifiant du justificatif**  **(facture émise par la structure ou extrait de relevé bancaire)** | **Date d’encaissement** |
|  |  |  | **€** |  |  |
|  |  |  | **€** |  |  |
|  |  |  | **€** |  |  |
|  |  |  | **€** |  |  |
|  |  |  | **€** |  |  |
|  |  |  | **€** |  |  |
| **TOTAL** | | | **€** |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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. Je certifie que le matériel ainsi acquis n’a pas été revendu.  Certifié exact et sincère, le (date) : :  Nom, prénom du **Commissaire aux comptes ou de l’expert-comptable, dans le cas d’un porteur de projet privé ou du comptable public dans le cas d’un porteur de projet public:**  Cachet et signature : |  | Certifié exact et sincère, le : ………………………………….  Nom, prénom, qualité, cachet et signature du **représentant** légal de la structure : |

**Annexe 6 : Formulaire de « confirmation du respect des règles de la commande publique »**

**Application aux structures porteuses : sont soumises à la directive n°2014/24/UE du 26 février 2014, l’ordonnance n°2015-899 du 23 juillet 2015 relative aux marchés publics et son décret d’application n°2016-360 du 25 mars 2016 de même objet.**

Ce formulaire doit être rempli lorsque la demande d'aide FEADER est présentée par :

- L'État et ses établissements publics, autres que ceux ayant un caractère industriel et commercial ;

- Les collectivités territoriales et les établissements publics locaux ;

- Un organisme de droit privé mandataire d’un organisme soumis à la réglementation des marchés publics ;

- Un organisme de droit privé qualifié d’organisme de droit public ou ayant décidé d’appliquer la réglementation des marchés publics ;

- Les pouvoirs adjudicateurs soumis à l'ordonnance n° **2015-899 du 23 juillet 2015 relative aux marchés publics et son décret d’application n°2016-360 du 25 mars 2016 de même objet,** par certaines personnes publiques ou privées non soumises à la réglementation des marchés publics.

- Les organismes soumis à l’ordonnance n° 2018-1074 du 26 novembre 2018 relative à la partie législative du Code de la commande publique, applicable à compter du 1er avril 2019, le décret n° 2018-1075 du 3 décembre 2018, relatif à la partie règlementaire du Code de la commande publique, applicable à compter du 1er avril 2019 et le décret n° 2018-1225 du 24 décembre 2018 portant diverses mesures relatives aux contrats de la commande publique et son arrêté d’application n° 0302 du 26 décembre 2018 relatif à la déclaration des achats innovants.

**NB : pour les commandes publiques qui auraient été lancées avant le 01/04/2016, les textes réglementaires en vigueur sont l’ordonnance de 2005 et le code des marchés publics 2006.**

Le bénéficiaire est informé que la date de commencement du marché public constitue un commencement d'exécution de l'opération FEADER et qu'à ce titre, la date du commencement du marché public doit être postérieure à la date de début d'éligibilité de l'opération FEADER, telle que définie dans la notice explicative du dispositif. A défaut, l'opération FEADER sera considérée comme inéligible.

Confirmation du respect des règles de la commande publique

Je, soussigné, (NOM, PRENOM, QUALITE), .…......................................................................…...........................................................….............................................,

🞏 déclare avoir respecté les règles de passation des marchés publics pour l'opération .…..........................................................................…................................…………………………………………................... *(nom de l'opération)* au titre de laquelle j’ai demandé une aide FEADER.

Ce ou ces marchés sont décrits dans le tableau ci-dessous[[3]](#footnote-3) :

|  |  |
| --- | --- |
| **Objet du marché :** | |
| **Montant du marché :** | …………………….€ |
| **Procédure :** | 🞏 Dispense 🞏 Adaptée 🞏 Formalisée |
| **Type de marché :** | 🞏 Travaux 🞏 Fourniture ou service |
| 🞏 Accord-cadre  🞏 Marchés à bons de commande  🞏 Marchés à tranches conditionnelles  🞏 Autres |
| **Publicité :** | 🞏 Publicité non obligatoire 🞏 BOAMP 🞏 JAL  🞏 Profil acheteur 🞏 JOUE 🞏 Autres |

🞏 Certifie sur l'honneur ne pas être soumis aux règles de la commande publique pour l'opération au titre de laquelle j'ai demandé une aide FEADER.

Motif :…................................................................................

Fait à …...................................., le …....................................

Nom, Prénom, Fonction et signature du représentant légal de la structure :

**ANNEXE 8 : Indicateurs de réalisation – pour CHAQUE demande de paiement**

Dans le cadre de l’évaluation de la démarche LEADER 2014-2020, le bénéficiaire indique dans le tableau ci-dessous les valeurs relatives au domaine d’évaluation prioritaire ainsi qu’au domaine d’évaluation prioritaire secondaire.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Domaines d’évaluation** | **Précision relative à la valeur à indiquer** | **Valeur indiquée par le bénéficiaire**  *Colonne à compléter par le bénéficiaire* |
| **Au titre du domaine d’évaluation prioritaire** | | |
| Nombre d’emplois créés | *Le bénéficiaire tient compte de la méthodologie de comptabilisation des emplois créés indiquée par le GAL.*  *En cas de projet ne donnant pas lieu à une création d’emploi, indiquer 0.* | Homme :  Femme : |
| **Au titre du domaine d’évaluation prioritaire secondaire** | | |
| Nombre d’emplois créés | *Le bénéficiaire tient compte de la méthodologie de comptabilisation des emplois créés indiquée par le GAL*.  *En cas de projet ne donnant pas lieu à une création d’emploi, indiquer 0.* | Homme :  Femme : |
| Population bénéficiant de meilleurs services / infrastructures | Nombre de bénéficiaires touchés par le projet.  *- si le projet est d’envergure communale : le bénéficiaire indique le nombre d’habitants de la commune,*  *-si le projet est intercommunal : le bénéficiaire indique le nombre d’habitants de l’ensemble de ces communes,*  *-si le projet est à l’échelle du GAL : le bénéficiaire indique le nombre d’habitants du territoire du GAL.* |  |

Fait à ….................................... le …....................................

Nom, Prénom, qualité cachet et signature du représentant légal de la structure :

**Annexes à compléter**

**par les partenaires**

**Les tableaux ci-dessous sont des tableaux de remontée de dépenses et sont à compléter par les partenaires du projet dès lors qu’une convention chef de file a été signée. Ils peuvent également servir à acquitter les dépenses des partenaires qui bénéficient d’un expert-comptable.**

**Chaque tableau ci-dessous est à dupliquer en fonction du nombre de partenaires et en fonction des dépenses que chaque partenaire a supportées.**

**Le chef de file doit s’assurer que chaque partenaire lui fasse remonter les tableaux ci-dessous en fonction des dépenses prévues par partenaire et indiquées dans la convention chef de file.**

Exemple : le partenaire 1 a effectué des dépenses sur factures et de rémunération : il fait remonter au chef de file les tableaux A et B ci-dessous, dûment renseignés et signés ; le partenaire B qui a, lui, uniquement effectué des dépenses sur facture fait remonter le tableau A uniquement.

|  |  |
| --- | --- |
| **Poste de dépenses** | |
| Prestations de services | PREST |
| Frais de personnel | PERS |
| Coûts indirects\* | Coûts indirects |
| Frais de déplacement, restauration, hébergement | DEPL |
| Frais de formation des membres du GAL | FORM |
| Dépenses matérielles\* | MAT |
| **Intitulé des annexes** | |
| Annexe 8A | Dépenses sur factures |
| Annexe 8B | Dépenses de rémunération |
| Annexe 8C | Dépenses de frais réels |
| Annexe 8D | Dépenses sur forfait |
| Annexe 8E | Synthèse des recettes générées par l’opération |

\* Rappel : les dépenses matérielles et les coûts indirects de 15% ne peuvent pas être présentés au soutien préparatoire

ANNEXE 8 : MODELES-TYPES DE TABLEAUX DE REMONTEE DES DEPENSES

Annexe 8A - DEPENSES SUR FACTURES

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| N° ligne | Nom du partenaire-bénéficiaire | Action | Description de la dépense | Poste | Coût éligible HT | Coût éligible TVA\* | Identifiant justificatif (N° de facture) | Dénomination fournisseur | Date d’émission  (jj/mm/aaaa) | Date d’acquittement (décaissement bancaire)  (jj/mm/aaaa) | Acompte ou solde  (AC 1, AC 2, SO) | Montant HT | Montant TVA | Mode, réf et date du paiement (chèque n°x du -, traite n°x du) |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| TOTAL | | | | |  |  | TOTAL | | | | |  |  |  |

\*Uniquement pour les porteurs de projet qui ne récupèrent pas la TVA (à justifier).

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. Je certifie que le matériel ainsi acquis n’a pas été revendu.

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

Nom, prénom du **Commissaire aux comptes** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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. Je certifie que le matériel ainsi acquis n’a pas été revendu.  Certifié exact et sincère, le (date) : :  Nom, prénom du **Commissaire aux comptes ou de l’expert-comptable, dans le cas d’un porteur de projet privé ou du comptable public dans le cas d’un porteur de projet public:**  Cachet et signature : |  | Certifié exact et sincère, le : ………………………………….  Nom, prénom, qualité, cachet et signature du **représentant** légal de la structure : |

**Ces tableaux-types doivent obligatoirement être utilisés dans le cadre de la remontée des dépenses de chacun des partenaires-bénéficiaires auprès du chef de file en cas de signature d’une convention chef de file.**

Annexe 8B- DEPENSES DE REMUNERATION AU REEL REALISEES

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| N° de ligne | Nom du partenaire bénéficiaire | Action | Nature de l’intervention | Date de début | Date de fin | Nom de l’intervenant | Salaire annuel brut+charges patronales  **(a)** | **OPTION A** | **OPTION B** | | Frais salariaux liés à l’opération  (en €) | |
| Temps de travail fixe affecté à l’action  (en %) **(b)** | Temps prévisionnel consacré à cette action (en nombre de jours/an) **(b)** | Nombre de jours travaillés par an pour l'agent **(c)** | **OPTION A** :  a x b  **OPTION B** :  a x (c/d) | Fiche de paie jointe (ou autre justificatif) |
| **1** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **🞏** |
| **2** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **🞏** |
| **3** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **🞏** |
| **4** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **🞏** |
| TOTAL 1 | | | | | | | | | | |  |  |
| Total des frais indirects pour le partenaire concerné (15% des frais salariaux) | | | | | | | | | | |  |  |
| TOTA 1 + TOTAL des frais indirects = | | | | | | | | | | |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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. Je certifie que le matériel ainsi acquis n’a pas été revendu.  Certifié exact et sincère, le (date) : :  Nom, prénom du **Commissaire aux comptes ou de l’expert-comptable, dans le cas d’un porteur de projet privé ou du comptable public dans le cas d’un porteur de projet public:**  Cachet et signature : |  | Certifié exact et sincère, le : ………………………………….  Nom, prénom, qualité, cachet et signature du **représentant** légal de la structure : |

Annexe 8C : DEPENSES DE FRAIS REELS (frais de déplacement, hébergement, restauration,…)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| N° ligne | Description de la dépense | Nom du partenaire bénéficiaire | Action | Nom de l’intervenant | Identifiant du justificatif (facture, note de frais…) | Poste de dépense | Date émission | Date acquittement | Montant de la dépense réalisée  **HT** | Montant de la dépense réalisée  **TVA** | Justificatif joint | Preuve de l’acquittement (mandat de paiement, facture acquittée…) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 🞏 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 🞏 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 🞏 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 🞏 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 🞏 |  |
|  | |  | **TOTAL DES FRAIS REELS** | | | | | |  |  |  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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. Je certifie que le matériel ainsi acquis n’a pas été revendu.  Certifié exact et sincère, le (date) : :  Nom, prénom du **Commissaire aux comptes ou de l’expert-comptable, dans le cas d’un porteur de projet privé ou du comptable public dans le cas d’un porteur de projet public:**  Cachet et signature : |  | Certifié exact et sincère, le : ………………………………….  Nom, prénom, qualité, cachet et signature du **représentant** légal de la structure : |

Annexe 8D : DEPENSES SUR FORFAIT REALISEES (frais de déplacement, hébergement, restauration,…)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| N° ligne | Description de la dépense | Identifiant du justificatif (facture, note de frais…) | Nom du partenaire bénéficiaire | Action | Poste de dépense (1) | Date début | Date fin | Montant forfaitaire | Quantité | Unité | Montant réalisé | justificatif joint | Preuve de l’acquittement (notes de frais…) |
| *1* | *Réunion publique : déjeuner de travail* | *Facture n°12 « Au petit plat »* |  |  | *Frais de déplacement, hébergement, restauration* | 27/05/2014 | 28/06/2014 | *15 , 25 €* | *10* | *repas* | *152, 50 €* |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 🞏 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 🞏 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 🞏 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 🞏 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 🞏 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 🞏 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 🞏 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **TOTAL :** |  |  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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. Je certifie que le matériel ainsi acquis n’a pas été revendu.  Certifié exact et sincère, le (date) : :  Nom, prénom du **Commissaire aux comptes ou de l’expert-comptable, dans le cas d’un porteur de projet privé ou du comptable public dans le cas d’un porteur de projet public:**  Cachet et signature : |  | Certifié exact et sincère, le : ………………………………….  Nom, prénom, qualité, cachet et signature du **représentant** légal de la structure : |

ANNEXE 8E : SYNTHESE DES RECETTES GENEREES PAR L’OPERATION

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nature de la recette** | **Nom du partenaire bénéficiaire** | **Action** | **Montant de la recette**  **(il peut s’agir d’une partie de la facture) (HT)** | **Identifiant du justificatif**  **(facture émise par la structure ou extrait de relevé bancaire)** | **Date d’encaissement** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **TOTAL** | | |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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. Je certifie que le matériel ainsi acquis n’a pas été revendu.  Certifié exact et sincère, le (date) : :  Nom, prénom du **Commissaire aux comptes ou de l’expert-comptable, dans le cas d’un porteur de projet privé ou du comptable public dans le cas d’un porteur de projet public:**  Cachet et signature : |  | Certifié exact et sincère, le : ………………………………….  Nom, prénom, qualité, cachet et signature du **représentant** légal de la structure : |

1. 1) Les factures devront obligatoirement comporter la mention « facture acquittée par chèque n° …..endossé le …/… /… » ou par virement n°………le… /… /…) ». Cette mention sera portée **par le fournisseur**, qui signera et apposera le cachet de sa société **(les factures peuvent être des copies mais la mention d’acquittement et sa signature doivent être originales)**. 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 vous devez produire, à l’appui de votre demande de paiement, une copie des relevés bancaires correspondants. [↑](#footnote-ref-1)
2. 2) Le RIB n’est pas à produire si le compte bancaire est déjà connu de l’ASP. Dans le cas contraire (compte inconnu ou nouveau compte), vous devez fournir le RIB du compte sur lequel l’aide doit être versée (une copie du RIB lisible, non raturée, non surchargée est acceptée). [↑](#footnote-ref-2)
3. *Si l'opération FEADER est concernée par plusieurs marchés, tous ces marchés devront être décrits en rajoutant autant de tableaux.* [↑](#footnote-ref-3)