







PLAN DE FINANCEMENT REALISE (obligatoire)

	(Montant en euros)
<b>Côut global du projet (A)</b>	
<b>Recettes générées par le projet (B)</b>	
<b>Coût total du projet hors recettes (C) = (A) - (B)</b>	
<b>Montant total des aides attendues et versées (D) = taux d'aide*(C)</b>	
<b>Montant de l'apport du bénéficiaire (hors recettes) (C)-(D)</b>	
Dont montant apporté par autofinancement	

## LISTE DES PIÈCES 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	<input type="checkbox"/>		
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) <u>OU</u> - tableau récapitulatif signé par un tiers habilité (expert-comptable, commissaire aux comptes ou comptable public)	Selon la dépense	<input type="checkbox"/>		
Copie des feuilles d'émargement attestant des rencontres « animation »	Tous	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Supports de présentation	Tous	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Compte rendu des rencontres (procès verbal, compte rendu, relevé de conclusion,...)	Tous	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bulletins de salaire , journal de paie ou DADS	Pour les dépenses de personnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Copie de fiche de poste ou lettre de mission ou contrat de travail Pour les temps partiels, la quotité du temps affecté à l'opération est mentionnée.	Pour les dépenses de personnel et si la personne est affectée à 100% de son temps de travail ou partiellement selon un temps fixe d'un mois à l'autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Copie de fiche de temps passé datée et signée par le salarié et son responsable hiérarchique <u>OU</u> - 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 et selon un temps variable d'un mois à l'autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Relevé d'identité bancaire	Tous	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 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 . 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 DAAF de Guadeloupe.