

2. COORDONNÉES DE LA PERSONNE A CONTACTER POUR LE SUIVI DU PAIEMENT

NOM et Prénom :

Fonction :

Adresse (si différente de celle de la structure candidate) :

Code postal :

Commune :

Téléphone : Fixe :

Mobile :

Courriel : @

3. FORMULATION DE LA DEMANDE

Je soussigné (e),(Nom et prénom)

Demande le versement des aides accordées par la décision juridique qui m'a été adressée pour la mise en œuvre des MAEC 2024 dans le cadre du dispositif mis en place en application des régimes d'aide exemptés n° SA 108057, SA 109081 et SA 108940.

- d'un acompte (minimum de 5 000 €) ☐
- le solde ☐

Montant HT ou TTC (rayer la mention inutile)
Montant des dépenses réalisées à ce jour :
Dont montant des dépenses éligibles présentées au titre de 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 :

- sur la base des justificatifs que je présente, le montant de l'aide que je demande, basé seulement sur le contenu du présent formulaire de demande de paiement.
- le montant de l'aide qui m'est dû, après vérification de l'éligibilité de ma demande de paiement.

☐ Je m'engage à ne présenter que des dépenses réalisées qui correspondent aux postes de dépenses retenus comme éligibles dans la convention attributive.

J'atteste (nous attestons) sur l'honneur :

☐ que l'(les) opération(s) pour la(les)quelle(s) je demande le versement de l'aide a (ont) bien été réalisée(s) conformément à la décision juridique,

☐ que je n'ai pas sollicité pour les mêmes opérations, une aide autre que celles indiquées sur le présent formulaire de demande de paiement,

☐ l'exactitude des renseignements fournis dans le présent formulaire et ses pièces jointes.

☐ que les dépenses sont présentées HT

ou

☐ que les dépenses sont présentées TTC

4. COORDONNÉES DU COMPTE BANCAIRE SUR LEQUEL LE VERSEMENT DE L'AIDE EST DEMANDE

- ☐ 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. Donner ci-après les coordonnées du compte choisi pour le versement de la présente aide, ou bien joindre un RIB :

[illegible]

IBAN - Identifiant international de compte bancaire

BIC - Code d'identification de la banque

- ☐ Vous avez choisi un nouveau compte bancaire : veuillez joindre obligatoirement un RIB.

5. PLAN DE FINANCEMENT

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

Financements	Précisions éventuelles	Sollicité ou acquis	Montant préciser HT ou TTC
Aides publiques			
Ministère en charge de l'agriculture			
Collectivité territoriale			
Agence de l'eau			
Autre			
Sous-total 1 – Aides publiques :			
Aides secteur privé			
Financier			
Sous-total 2 – Autres aides secteur privé :			
Participation du demandeur			
Auto-financement			
Emprunt			
Recettes liées au projet			
Autre			
Sous-total 3 – Participation du demandeur :			
TOTAL GÉNÉRAL = COÛT DU PROJET			

Observations éventuelles :

Certifié exact et sincère, le : _____

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

Qualité : _____

Cachet et signature :

6. DÉPENSES RÉALISÉES ET LISTE DES PIÈCES JUSTIFICATIVES À JOINDRE A VOTRE DEMANDE

Le récapitulatif des dépenses figure en annexes 2 et 3. Je joins à ma demande les justificatifs de dépenses correspondants (bulletins de salaires, factures acquittées, etc.).

Pièces	Pièce jointe	Pièce déjà fournie	Sans objet
Formulaire original de la demande de paiement dûment complété et signé	☐		
Annexe 1 – Mise à jour des coordonnées des partenaires pour certaines actions ⁽¹⁾	☐	☐	☐
Délibération de l'organe compétent approuvant le projet, le plan de financement et autorisant le responsable légal à demander le paiement de l'aide ⁽¹⁾	☐	☐	☐
Le cas échéant ⁽¹⁾ : - en cas de signature de la demande par une personne autre que le représentant légal de la structure : justificatif attestant de la qualité du signataire à déposer la demande ; - lorsque le demandeur agit pour le compte d'un opérateur de PAEC : justificatif autorisant la structure et ses partenaires éventuels à intervenir pour le compte de l'opérateur.	☐	☐	☐
Rapport qualitatif et quantitatif sur la réalisation des actions menées justifiant les éléments de la demande de paiement et expliquant le niveau de réalisation des objectifs	☐		
Annexes 2 signées de l'agent comptable et du demandeur : - compte de réalisation - dépenses directes de personnels - prestations de services⁽²⁾ - dépenses indirectes – frais de déplacement - dépenses indirectes – frais de fonctionnement interne - dépenses indirectes – autres frais⁽²⁾	☐		
Annexe 3 – a) – actions d'animation pour promouvoir le PAEC et les MAEC réalisées	☐		
Annexe 3 – b) – réalisation des diagnostics d'exploitation et, le cas échéant, des plans de gestion	☐		
Annexe 3 – c) – réalisation de suivi et d'accompagnement technique, individuel ou collectif, des agriculteurs contractants, notamment vis-à-vis des obligations des cahiers des charges des mesures à respecter (mise à jour des plans de gestion, suivi technique en cours de contrats)	☐		
Annexe 3 – d) – réalisation de formation obligatoire des bénéficiaires dans les 2 premières années du contrat	☐		
Annexe 3 – e) – réalisation de gouvernance du PAEC (COPIL, GT, animation du partenariat) et de suivi de la contractualisation (suivi/bilan PAEC)	☐		
Annexe 3 – f) – réalisation d'actions complémentaires contribuant aux objectifs du PAEC (démonstrations, référentiels régionaux de plantes, ...)	☐		
Relevé d'identité bancaire (ou copie lisible) - Le cas échéant ⁽³⁾	☐	☐	☐
Extrait des statuts ⁽¹⁾	☐	☐	☐

(1) Si modification il y a eu depuis la signature de la décision juridique

(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, les annexes n° 2 des dépenses doivent être certifiées par le commissaire aux comptes ou l'expert-comptable, ou bien vous devez produire, à l'appui de votre demande de paiement, une copie des relevés bancaires correspondants.

Direction régionale de l'alimentation, de l'agriculture et de la forêt de Normandie

6, boulevard du Général Vanier – CS 65321 – 14053 CAEN Cedex 4

02 31 24 98 60

<http://draaf.normandie.agriculture.gouv.fr>

7. MENTIONS LEGALES

Les informations et données renseignées sur ce formulaire sont obligatoires dans le cadre de l'instruction de votre demande. Elles font l'objet d'un traitement informatisé par le ministère en charge de l'agriculture.

Les données collectées peuvent être communiquées aux destinataires suivants : les collectivités territoriales dans le ressort desquelles se situe le projet de territoire (PAEC), les agences de l'eau Seine-Normandie et Loire Bretagne, les services de l'État, l'agence de service de paiement (ASP) et tout autre organisme habilité à intervenir dans le cadre du présent dispositif.

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectifications pour les données à caractère personnel vous concernant auprès de l'organisme qui traite votre demande.

Toute fausse déclaration est passible de sanction pénale en vertu des articles 441-1 à 441-12 du code pénal et entraîne la nullité de la demande.

8. SIGNATURE

J'atteste sur l'honneur l'exactitude et la sincérité des renseignements fournis dans le présent formulaire, ses annexes et pièces jointes.

Fait à :

Le :

Nom Prénom

Qualité

Signature – Cachet

Annexe 1

MISE À JOUR DES COORDONNÉES DES PARTENAIRES POUR CERTAINES ACTIONS

PARTENAIRE 1 :

N° SIRET :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Dénomination / raison sociale :

Adresse de l'établissement :

Code postal :

--	--	--	--	--	--

Commune :

Action(s) confiées au partenaire :

- | | |
|--|---|
| ☐ a-animation préalable aux engagements | ☐ d-formation obligatoire des bénéficiaires dans les 2 premières années du contrat |
| ☐ b-réalisation des diagnostics d'exploitations et plans de gestion | ☐ e-gouvernance du PAEC et suivi de la contractualisation |
| ☐ c-suivi et accompagnement individuel-collectif | ☐ f-actions complémentaires |

Personnes à contacter pour le suivi du projet :

Nom et prénom :

Téléphone :

Fixe :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Mobile :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Courriel :

@

PARTENAIRE 2 :

N° SIRET :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Dénomination / raison sociale :

Adresse de l'établissement :

Code postal :

--	--	--	--	--	--

Commune :

Action(s) confiées au partenaire :

- | | |
|--|---|
| ☐ a-animation préalable aux engagements | ☐ d-formation obligatoire des bénéficiaires dans les 2 premières années du contrat |
| ☐ b-réalisation des diagnostics d'exploitations et plans de gestion | ☐ e-gouvernance du PAEC et suivi de la contractualisation |
| ☐ c-suivi et accompagnement individuel-collectif | ☐ f-actions complémentaires |

Personnes à contacter pour le suivi du projet :

Nom et prénom :

Téléphone :

Fixe :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Mobile :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Courriel :

@

PARTENAIRE 3 :

N° SIRET :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Dénomination / raison sociale :

Adresse de l'établissement :

Code postal :

--	--	--	--	--	--

Commune :

Action(s) confiées au partenaire :

- | | |
|--|---|
| ☐ a-animation préalable aux engagements | ☐ d-formation obligatoire des bénéficiaires dans les 2 premières années du contrat |
| ☐ b-réalisation des diagnostics d'exploitations et plans de gestion | ☐ e-gouvernance du PAEC et suivi de la contractualisation |
| ☐ c-suivi et accompagnement individuel-collectif | ☐ f-actions complémentaires |

Personnes à contacter pour le suivi du projet :

Nom et prénom :

Téléphone :

Fixe :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Mobile :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Courriel :

@

Annexe 2

Compte de réalisation

	Préciser si HT ou TTC (en euros)	Action a	Action b	Action c	Action d	Action e	Action f	Total général
	DEPENSES							
1	Salaires, charges et taxes afférentes des agents salariés du bénéficiaire de l'aide (demandeur)							
2	Salaires, charges et taxes afférentes des agents des partenaires							
3	Total des dépenses directes de personnel (1 à 2) (frais salariaux éligibles, plafonnés à 500 €/jour)							
4	Prestations de services							
5	Frais de déplacements							
6	Frais de fonctionnement interne							
7	Dépenses diverses							
8	Total des dépenses indirectes (5 à 7) (maximum de 15 % des dépenses directes de personnel éligibles)							
9	TOTAL DES DÉPENSES RÉALISÉES (3+4+8)							
	RECETTES							
10	Ministère en charge de l'agriculture							
11	Collectivité territoriale							
12	Agence de l'eau							
13	Autre							
14	Total des aides publiques (10 à 13)							
16	Financier privé							
17	Total des aides du secteur privé (16)							
19	Auto-financement							
20	Emprunt							
21	Recettes liées au projet							

22	Autre							
23	Total participation du demandeur (19 à 22)							
24	TOTAL DES RECETTES (14 + 17 + 23)							

Je certifie que les montants figurant dans ce tableau sont exacts. Certifié exact et sincère, le :

Le :

Nom, prénom de l'agent comptable ou du commissaire aux comptes ou de l'expert-comptable de la structure :

Nom, prénom du représentant de la structure :

Qualité :

Cachet et signature :

Cachet et signature :

Annexe 2 - Dépenses directes de personnel

[illegible]

Je certifie que les montants figurant dans ce tableau sont exacts.

Le :

Nom, prénom de l'agent comptable ou du commissaire aux comptes ou de l'expert-comptable de la structure :

Cachet et signature :

Certifié exact et sincère, le :

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

Qualité :

Cachet et signature :

Annexe 2 – Prestations de services

Factures de sous-traitance (en prestation de service)							
Action(s) concernée(s) par la dépense : a, b, c, d, e ou f (préciser)	Fournisseur à l'origine de la facture	N° de la facture	Objet de la dépense en lien avec l'action	Montant de la dépense HT / TTC (il peut s'agir d'une partie de la facture)	Date d'émission de la facture	Date d'acquittement	Justificatif joint
							☐
							☐
							☐
							☐
							☐
							☐
							☐
							☐
							☐
							☐
							☐
							☐
							☐
							☐
							☐
			TOTAL				

Note : Ajouter autant de lignes que nécessaires

Je certifie que les montants figurant dans ce tableau sont exacts.

Le :

Nom, prénom de l'agent comptable ou du commissaire aux comptes ou de l'expert-comptable de la structure :

Cachet et signature :

Certifié exact et sincère, le :

Nom, prénom du représentant de la structure :

Qualité :

Cachet et signature :

Annexe 2 – Frais de déplacements - Préciser si HT ou TTC (en euros)Dépenses indirectes – frais de déplacements - Préciser si HT ou TTC (en euros)

Nom de l'agent	Préciser : Salarié / partenaire	Action (a,b,c,d,e,f)	Date du déplacement	Objet de l'intervention	Coût des billet de train (a)	Coût des nuitées/repas (b)	Indemnités kilométrique + frais de péage + carburant (c)	Nombre de Kms	Coût du déplacement (a+b+c)	Date d'acquittement (remboursement à l'agent)	Justificatifs joints
											□
											□
											□
											□
											□
											□
											□
											□
											□
											□
											□
											□
											□
											□
											□
							TOTAL				

Je certifie que les montants figurant dans ce tableau sont exacts.

Le :

Nom, prénom de l'agent comptable ou du commissaire aux comptes ou de l'expert-comptable de la structure :

Cachet et signature :

Certifié exact et sincère, le :

Nom, prénom du représentant de la structure :

Qualité :

Cachet et signature :

Annexe 2 – Frais de fonctionnement interne

	2024	2025
Compte 60 – achats :		
• de matières premières et fournitures ;		
• d'autres approvisionnements (consommables) ;		
• d'études et prestations de service (hors celles déjà pris en charge) ;		
• non stockables (eau, électricité, fournitures administratives, etc...) ;		
• de marchandises ;		
• frais accessoires ;		
Total		

Comptes 61 - services extérieurs :		
• Sous-traitance générale		
• Redevance de crédit-bail		
• Locations		
• Charges locatives de copropriété		
• Entretien et réparation		
• Assurance		
• Études et recherches		
• Divers dont documentation		
Total		

Comptes 62 - services extérieurs :		
• Personnel extérieur à l'entreprise (mise à disposition)		
• Rémunérations d'intermédiaires et honoraires		
• Publicité, publications, relations publiques		
• Transports de biens et transports collectifs du personnel		
• Déplacement, missions et réceptions (hors ceux déjà pris en charge)		
• Frais postaux et frais de télécommunications		
• Services bancaires et assimilés		
• Les frais divers (compte 628)		
Total		

Grand total (€)

ETP totaux structure

Jours ouvrés structures (jours ouvrés annuels - 25 j)

Frais de fonctionnement (€/j/ETP) = (Grand total/ETP structure/Jours ouvrés)

Je certifie que les montants figurant dans ce tableau sont exacts.

Le :

Nom, prénom **de l'agent comptable ou du commissaire aux comptes ou de l'expert-comptable de la structure** :

Cachet et signature :

Certifié exact et sincère, le :

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

Qualité :

Cachet et signature :

Annexe 2 – Dépenses diverses

Dépenses indirectes – autres frais : Acquisition de petits matériels et fournitures Dépenses diverses									
Action(s) concernée(s) par la dépense : a, b, c, d, e ou f (préciser)	Préciser si : Demandeur ou partenaire	Nature de la dépense	Objet de la dépense en lien avec l'action	Montant de la dépense HT /TTC (il peut s'agir d'une partie de la facture)	Fournisseur à l'origine de la facture	N° de la facture	Date d'émission de la facture	Date d'acquittement	Justificatif joint
									☐
									☐
									☐
									☐
									☐
									☐
									☐
									☐
									☐
									☐
			TOTAL						

Je certifie que les montants figurant dans ce tableau sont exacts.

Le :

Nom, prénom de l'agent comptable ou du commissaire aux comptes ou de l'expert-comptable de la structure :

Cachet et signature :

Certifié exact et sincère, le :

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

Qualité :

Cachet et signature :

Annexe 3

Dépenses réalisées donnant lieu à des justificatifs permettant de calculer le montant de l'aide

a) Actions d'animation pour promouvoir le PAEC et l'engagement aux MAEC proposées

Régime exempté n° SA 108940 relatif aux aides à l'échange de connaissances et aux actions d'information dans le secteur agricole pour la période 2023-2029.

	Action 1	Action 2	Action 3	Action 4*
Nature de l'action d'information				
Qualité et nom Structure(s) intervenante(s) : (demandeur/partenaire/prestataire)				
Nom(s) du (des) intervenant(s)				
date				
lieu				
Nombre d'agriculteurs participants				
Feuille de présence signée des participants (oui/non)				
Nombre de jours par demandeur/partenaire				
Total coût salariaux par demandeur/partenaire				
Montant de la prestation (détaillé)				
N° de facture				
Note : Répéter les deux lignes précédentes si plusieurs factures concernées				

**Ajouter d'autres colonnes si nécessaires*

b) Réalisation des diagnostics d'exploitation et, le cas échéant, des plans de gestion

Régime d'aide exempté n° SA 109081 relatif aux aides aux services de conseil dans le secteur agricole pour la période 2023-2029.

	Diagnostic réalisé par demandeur	Plan de gestion réalisé par demandeur	Diagnostic réalisé par partenaire	Plan de gestion réalisé par partenaire	Diagnostic réalisé par prestataire	Plan de gestion réalisé par prestataire
Nombre effectué						
Nom(s) du (des) intervenant(s)						
Listing des diagnostics/Plan de gestion (oui/non)						
Détail de la répartition des jours (oui/non)						
Nombre de jours de réalisation						
Total coût salariaux						
Montant de la prestation (détaillé)						
N° de facture						
Note : Répéter les deux lignes précédentes si plusieurs factures concernées						

Préciser : Diagnostic/plan de gestion	PACAGE	identité exploitant	Structure intervenante : (demandeur/ partenaire/ prestataire)	Nom de la structure intervenante	Nom(s) du (des) intervenant(s)	date réalisation	MAEC concernées	temps passé (jours)	Attestation de service fait signée et adressée à la DDT (Oui/non)

c) Réalisation de suivi et d'accompagnement technique, individuel ou collectif, des agriculteurs contractants, notamment vis-à-vis des obligations des cahiers des charges des mesures à respecter (mise à jour des plans de gestion, suivi technique en cours de contrats)

Régime exempté n° SA 108940 relatif aux aides à l'échange de connaissances et aux actions d'information dans le secteur agricole pour la période 2023-2029.

	Accompagnement individuel 1	Accompagnement individuel 2*	Action collective 1	Action collective 2*
Intitulé des actions menées				
Structure intervenante : demandeur/partenaire/prestataire				
Nom de la structure intervenante				
Nom(s) du (des) intervenant(s)				
Nombre de suivi individuel effectué				
Nombre d'agriculteurs participants aux réunions collectives				
Feuille de présence signée des participants (oui/non)				
Listing des accompagnements individuels effectués (oui/non)				
Détail de la répartition des jours (oui/non)				
Nombre de jours par demandeur/partenaire				
Total coût salariaux par demandeur/partenaire				
Montant de la prestation (détaillé)				
N° de facture				
Note : Répéter les deux lignes précédentes si plusieurs factures concernées				

**Ajouter d'autres colonnes si nécessaires*

c) suite détaillée

[illegible]

d) Réalisation de formation obligatoire des bénéficiaires dans les 2 premières années du contrat

Régime exempté n° SA 108940 relatif aux aides à l'échange de connaissances et aux actions d'information dans le secteur agricole pour la période 2023-2029.

	Formation 1	Formation 2	Formation 3	Formation 4*
Thème et nature de la formation				
MAEC concernées				
Qualité et nom Structure(s) intervenante(s) : (demandeur/partenaire/prestataire)				
Nom(s) du (des) intervenant(s)				
date				
lieu				
Nombre d'agriculteurs participants				
Nombre d'agriculteurs participants ayant contractualisé une des MAEC				
Feuille de présence signée des participants (oui/non)				
Nombre de jours par demandeur/partenaire				
Total coût salariaux par demandeur/partenaire				
Montant de la prestation (détaillé)				
N° de facture				
Note : Répéter les deux lignes précédentes si plusieurs factures concernées				

**Ajouter d'autres colonnes si nécessaires*

e) Réalisation d'actions de gouvernance du PAEC (COFIL, GT, animation du partenariat) et de suivi de la contractualisation (suivi/bilan PAEC)

Régime exempté n° SA 108940 relatif aux aides à l'échange de connaissances et aux actions d'information dans le secteur agricole pour la période 2023-2029.

	Précisions de l'animation (COFIL, GT, animation du partenariat,...)	Structure intervenante : demandeur/partenaire/pre stataire	Date(s)	Nom(s) du (des) intervenants	Nombre de jours par demandeur/partenaire	Coût salariaux par demandeur/partenaire	Montant de la prestation (détaillé)	N° de facture
Action gouvernance 1								
Action gouvernance 2								
Action gouvernance 3								
Action gouvernance 4								
Action gouvernance 5								
Action gouvernance 6								
Action gouvernance 7								
Action gouvernance 8								
Action gouvernance 9								
Action gouvernance 10								
<i>*Ajouter d'autres lignes si nécessaires</i>								

f) Réalisation d'actions complémentaires contribuant aux objectifs du PAEC (démonstrations, référentiels régionaux de plantes, ...)

Régime exempté n° SA 108940 relatif aux aides à l'échange de connaissances et aux actions d'information dans le secteur agricole pour la période 2023-2029.

	Précisions action 1	Précisions action 2	Précisions action 3*
Thème et nature de l'action			
Rédaction d'un rapport (oui/non)			
MAEC concernées			
Qualité et nom Structure(s) intervenante(s) : (demandeur/partenaire/prestataire)			
Nom(s) du (des) intervenant(s)			
date			
lieu			
Nombre de participants			
Feuille de présence signée des participants (oui/non)			
Nombre de jours par demandeur/partenaire			
Total coût salariaux par demandeur/partenaire			
Montant de la prestation (détaillé)			
N° de facture			
Note : Répéter les deux lignes précédentes si plusieurs factures concernées			

**Ajouter d'autres colonnes si nécessaires*