



## DEMANDE D'AIDE AU TITRE DU PDRG FEADER 2014-2020

### MESURE 1 « TRANSFERT DE CONNAISSANCES ET ACTIONS D'INFORMATION »

<input type="checkbox"/>	<b>Formation professionnelle spécifique agricole, agro-alimentaire et forestière</b>	Type d'Opération 1.1.1
<input type="checkbox"/>	<b>Information et diffusion de connaissances à destination des actifs des petites exploitations agricoles</b>	Type d'Opération 1.2.1
<input type="checkbox"/>	<b>Information et diffusion de connaissances et de pratiques agricoles, agro-alimentaires et forestières</b>	Type d'Opération 1.2.2

#### Cadre réservé à l'administration

Intitulé du projet OSIRIS : \_\_\_\_\_

N° de dossier OSIRIS : \_\_\_\_\_

Date de réception : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Date de dossier complet : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

#### INTITULE DU PROJET :

(A REMPLIR PAR LE DEMANDEUR)

**Cette demande d'aide une fois complétée constitue, avec les justificatifs joints par vos soins, le dossier unique de demande d'aide pour tous les financeurs publics potentiels. Veuillez transmettre l'original au Pôle Affaires Européennes de la CTG et conservez un exemplaire. Avant de remplir cette demande, veuillez lire attentivement la notice d'information.**

#### IDENTIFICATION DU DEMANDEUR

N° SIRET : \_\_\_\_\_  
*attribué par l'INSEE lors d'une inscription au répertoire national des entreprises*

N° PACAGE \_\_\_\_\_

#### Pour les personnes morales

VOTRE STATUT JURIDIQUE : \_\_\_\_\_  
*exploitation individuelle, GAEC, EARL, SCEA, SARL, SA, SCI, établissement public, association loi 1901, collectivité, groupement de communes, prestataires privés, autres*

VOTRE DENOMINATION SOCIALE : \_\_\_\_\_

VOTRE APPELLATION COMMERCIALE : *(le cas échéant)* \_\_\_\_\_

NOM Prénom du représentant légal : \_\_\_\_\_

Fonction du représentant *(maire, président...)* : \_\_\_\_\_

## COORDONNÉES DU DEMANDEUR

Adresse permanente du demandeur : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

☎ : \_\_\_\_\_ Téléphone portable : \_\_\_\_\_

N° de télécopie : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

**Responsable projet** (si différent)

☎ : \_\_\_\_\_ Téléphone portable : \_\_\_\_\_

N° de télécopie : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

## 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

Vous avez choisi un nouveau compte bancaire. Donnez ci-après les coordonnées du compte choisi pour le versement de la présente aide et joindre obligatoirement un RIB

Code établissement | |\_|\_|\_|\_|\_| Code guichet | |\_|\_|\_|\_|\_| N° de compte | |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| Clé | |\_|\_|\_|

## CARACTÉRISTIQUES DU PROJET

**Localisation du projet**

Communes où se dérouleront les actions :

Commune : _____	Code Postal :  _ _ _ _ _
Commune : _____	Code Postal :  _ _ _ _ _
Commune : _____	Code Postal :  _ _ _ _ _
Commune : _____	Code Postal :  _ _ _ _ _
Commune : _____	Code Postal :  _ _ _ _ _
Commune : _____	Code Postal :  _ _ _ _ _

**Présentation du projet**

Contexte du projet : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Objectifs du projet : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Thématique(s) du programme d'actions :  agricole  agro-alimentaire  forestière

*Possibilité de cocher plusieurs cases*

## Présentation du projet (suite)

Programme d'actions :

N°	Intitulé action	Nb h /session	Nb prévisionnel de participants / session	Nb sessions	Lieu Action
<b>TOTAL</b>		<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	

Public cible (destinataires de l'action) :  exploitants, conjoints d'exploitants travaillant sur l'exploitation et aides familiales  
*Possibilité de cocher plusieurs cases*  salariés des exploitations, entreprises ou coopératives  
 petits exploitants agricoles en transition vers la professionnalisation  
 autres, à préciser :

Complément d'information :

---



---



---

Qualification du personnel :

Nom de l'intervenant	Qualification :	Mise à jour des connaissances		
		<input type="checkbox"/> justifié	Oui / Non	<input type="checkbox"/> justifié.
		<input type="checkbox"/> justifié	Oui / Non	<input type="checkbox"/> justifié.
		<input type="checkbox"/> justifié	Oui / Non	<input type="checkbox"/> justifié.
		<input type="checkbox"/> justifié	Oui / Non	<input type="checkbox"/> justifié.
		<input type="checkbox"/> justifié	Oui / Non	<input type="checkbox"/> justifié.
		<input type="checkbox"/> justifié	Oui / Non	<input type="checkbox"/> justifié.

## DÉPENSES PREVISIONNELLES

### Dépenses sur devis

Description de la dépense	Montant HT en €
<b>TOTAL des dépenses prévues</b>	<b>-</b>

### Dépenses de rémunération au réel

Description de l'intervention (type de mission)	Nom de l'intervenant <sup>(1)</sup>	A -Coût salarial sur la période (total salaire brut chargé) en €	B -Temps de travail en <b>jour</b> sur la période	C -Temps de travail (prévisionnel) en jour sur l'opération	D - Montant présenté* (A/B)*C
					en €
					#DIV/0!
					#DIV/0!
					#DIV/0!
					#DIV/0!
<b>TOTAL des dépenses prévues (E)</b>					<b>#DIV/0!</b>

\*D (montant présenté) est plafonné à A (total des salaires sur la période)

### Dépenses sur frais réels (dépenses engagées par l'employé puis remboursées par l'employeur)

Description de la dépense	Nom de l'agent	Justificatif	Montant HT
			-

### Dépenses forfaitaires (dépenses engagées par l'employé puis remboursées par l'employeur)

Description de la dépense	Nom de l'agent	Montant forfaitaire en €	Quantité	Montant HT
				0
				0
				0
				0
				0
				-

## DEPENSES PREVISIONNELLES (suite)

### Coûts indirects (dépenses proratisées)

Les coûts indirects de l'opération seront pris en charge uniquement via un taux forfaitaire de 15% des frais de personnel direct éligibles présentés sur cette même opération (dépenses de rémunération au réel).

**Définition des coûts indirects** : frais administratifs de la structure : dépenses de fonctionnement (loyer, eau, électricité, entretien courant, abonnements (téléphone, Internet..).....), rémunérations de personnels de la structure pour lesquels on ne peut déterminer directement avec précision le montant des dépenses rattachées à l'opération cofinancée (direction, secrétariat, gestion.....).

- Je sollicite les coûts indirects
- Je m'engage à ne pas avoir présenté de coûts indirects dans les dépenses présentées ci-dessus

	Montant HT en €
Total frais de personnel direct <sup>(E)</sup>	
Taux forfaitaire appliqué	15%
<b>Coûts indirects = (E)*15%</b>	<b>0</b>

## SYNTHESE DES DEPENSES PREVISIONNELLES

Description de la dépense	Montant HT en €
<b>Dépenses sur devis</b>	
<b>Dépenses de rémunération au réel</b>	
<b>Dépenses sur frais réels</b>	
<b>Dépenses forfaitaires</b>	
<b>Coûts indirects</b>	
<b>TOTAL des dépenses prévues</b>	-

## RECETTES PREVISIONNELLES GENEREES PAR LE PROJET (le cas échéant)

Description de la recette	Type de justificatif	Montant HT en €
<b>TOTAL des recettes prévues</b>		-

## CALENDRIER PREVISIONNEL DU PROJET

Date prévisionnelle de début de **projet\*** : \_\_\_\_\_ (mois, année)  
*\*il s'agira de la date de début ou de fin du programme d'actions*

date prévisionnelle de fin de **projet\*** : \_\_\_\_\_ (mois, année)

Préciser le prévisionnel des dépenses pour les projets pluri-annuels :

Année	Montant HT
<b>Dépenses totales prévues</b>	-

## MONTANT ET TAUX D'AIDE

- J'ai pris connaissance que le taux d'aide publique applicable à ce type d'opération est de **100%**

## PLAN DE FINANCEMENT PREVISIONNEL DU PROJET

Financeurs publics sollicités	Montants en €
CTG	
CNES	
ODEADOM	
<b>Participation Européenne : FEADER</b>	0
<b>Sous-Total aide publique sollicitée*</b>	0
<b>TOTAL général = coût du projet* **</b>	
Recettes prévisionnelles	

\* **Obligatoire**

\*\*S'assurer que le coût du projet correspond au total des dépenses prévisionnelles

## INDICATEURS

### TO 1.2.2 Information et diffusion de connaissances à destination des actifs des petites exploitations agricoles

Thématique	Indicateur	unité	Valeur cible prévisionnelle
Agricole (2A)	Nombre de bénéficiaires de l'action	U	

## LISTE DES PIÈCES JUSTIFICATIVES A FOURNIR A L'APPUI DE VOTRE DEMANDE (VOIR NOTICE)

Pièces	Pièce jointe	Pièce déjà fournie au service instructeur	Sans objet
--------	-----------------	---	---------------

### a) pour tous les demandeurs

Exemplaire original du présent formulaire de demande d'aide complété et signé	<input type="checkbox"/>		
Annexe 1 : Présentation technique	<input type="checkbox"/>		
Relevé d'identité bancaire ou postale (ou copie lisible)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Certificat d'immatriculation indiquant le n° SIRET ou n° PACAGE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pièces justificatives des dépenses prévisionnelles sur devis (1, 2 ou 3 devis cf. notice)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Pièces justificatives des dépenses de rémunération prévisionnelles (bulletins de salaire, justificatifs du nombre d'heures travaillées par an : convention collective, contrat ...)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Délibération propre à la structure fixant les règles de prise en charge des frais professionnels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Curriculum Vitae attestant du niveau de qualification ou de l'expérience du chef de projet	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Curriculum Vitae attestant d'un niveau III de formation du ou des formateurs ou attestant de trois ans d'expérience dans le domaine et en tant que formateur	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

### b) pour une collectivité ou un établissement public

Délibération de l'organe compétent approuvant le projet et le plan de financement et autorisant le maire ou le président à solliciter la subvention.	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--	--------------------------

### d) pour une association

Récépissé de déclaration en préfecture	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Statuts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Délibération de l'organe compétent approuvant le projet et le plan de financement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Attestation de régularité fiscale (datant de moins de 3 mois)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Attestation de régularité sociale (datant de moins de 3 mois)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trois derniers comptes de résultats	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### e) pour une société ou entreprise privée

Preuve de l'existence légale (extrait K-bis, inscription au registre ou répertoire concerné)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Attestation de régularité fiscale (datant de moins de 3 mois)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Attestation de régularité sociale (datant de moins de 3 mois)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Trois derniers comptes de résultats	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### POUR le TO 1.2.2

Justificatif de mise à jour des connaissances sur la base d'un jour minimum par an	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------

**NB : le service instructeur pourra demander des pièces complémentaires qu'il juge nécessaires à l'étude du projet.**

## VERIFICATION DEMANDEUR SOUMIS OU NON AUX REGLES DE LA COMMANDE PUBLIQUE

VOTRE

STATUT

JURIDIQUE :

### **Vous êtes soumis aux règles de la commande publique si vous êtes :**

(Décret 2016-360 du 25 mars 2016 portant application de l'Ordonnance n°215-899 du 23 juillet 2015)

- Un service de l'Etat, un établissement public de l'Etat n'ayant pas un caractère industriel et commercial,
- Une collectivité territoriale, un établissement public local,
- Un organisme de droit privé mandataire d'un organisme soumis au code des marchés publics,
- Un organisme de droit privé ou public ayant décidé d'appliquer le code des marchés publics,

### **Vous pouvez être soumis aux règles de la commande publique si vous êtes reconnu Organisme Qualifié de Droit Public :**

- Certaines structures de droit privé (ex : associations loi 1901) lorsqu'elles remplissent les conditions fixées dans la directive **2014/24/UE du 26 février 2014.**

**Dans ce dernier cas, merci de faire la vérification suivante :**

### **Appréciation sur le caractère de droit public d'un organisme**

Trois conditions doivent être remplies pour déterminer si l'organisme est de droit public (conditions cumulatives) :

- Condition a) créé pour satisfaire spécifiquement des besoins d'intérêt général ayant un caractère autre qu'industriel ou commercial,
- Condition b) **ET** être doté d'une structure juridique,
- Condition c) **ET** dont :
  - soit l'activité est financée majoritairement par l'Etat, les collectivités territoriales ou d'autres organismes de droit public,
  - soit la gestion est soumise à un contrôle par ces derniers,
  - soit l'organe d'administration, de direction ou de surveillance est composé de membres dont plus de la moitié sont désignés par l'Etat, les collectivités ou d'autres organismes de droit public.

### **CONCLUSION Organisme Qualifié de Droit Public :**

- Les 3 conditions sont vérifiées, mon organisme **peut être assimilé à un organisme de droit public, je suis soumis aux règles de la commande publique**
- Au moins une des conditions n'est pas vérifiée, mon organisme **n'est pas assimilé à un organisme de droit public, je ne suis pas soumis aux règles de la commande publique**

## JE NE SUIS PAS SOUMIS A LA COMMANDE PUBLIQUE

- Je certifie sur l'honneur que la structure dont je suis le représentant légal n'est pas soumise aux règles de la commande publique pour l'opération identifiée ci-dessus, et ce pour le motif suivant :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## JE SUIS SOUMIS A LA COMMANDE PUBLIQUE

- Je certifie sur l'honneur que la structure dont je suis le représentant légal est soumise aux règles de la commande publique pour l'opération identifiée ci-dessus
- Je m'engage à avoir respecté ou à respecter les règles de la commande publique dans le cadre de cette opération et à adresser au service instructeur l'ensemble des pièces nécessaires au contrôle de la passation des marchés.
- Je suis informé(e) 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 dépôt de la demande de subvention. A défaut, l'opération FEADER sera considérée comme inéligible.**

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

Nom, prénom et qualité du **représentant légal de la structure**: \_\_\_\_\_

Cachet et signature :



## ENGAGEMENTS DU DEMANDEUR (veuillez cocher les cases nécessaires)

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

- L'exactitude des renseignements fournis dans le présent formulaire et les pièces jointes,
- Ne pas avoir sollicité pour le même projet une aide autre que celles indiquées sur le présent formulaire de demande d'aide,
- Avoir pris connaissance des conditions d'admissibilité et des critères de sélection précisés dans la notice d'information,
- Que je n'ai pas commencé l'exécution de ce projet avant le dépôt de ce formulaire
- Être à jour de mes obligations fiscales, ou accord d'échelonnement,
- Être à jour de mes cotisations sociales, ou accord d'échelonnement.

### Je m'engage (nous nous engageons), sous réserve de l'attribution de l'aide:

- A informer la Collectivité Territoriale de Guyane de toute modification de ma situation, de la raison sociale de ma structure, des engagements ou du projet,
- A permettre / faciliter l'accès à ma structure aux autorités compétentes chargées des contrôles pour l'ensemble des paiements que je sollicite pendant 5 années,
- A ne pas solliciter à l'avenir, pour ce projet, d'autres crédits (nationaux ou européens), en plus de ceux mentionnés dans le tableau « financement du projet »,
- A mentionner l'aide européenne dans toute publication (presse, plaquette, site internet...) ou lors de toute manifestation (portes ouvertes...),
- A détenir, conserver, fournir tout document permettant de vérifier la réalisation effective de l'opération, demandé par l'autorité compétente pendant 10 années.

**Je suis informé(e) (nous sommes informés)** qu'en cas d'irrégularité ou de non-respect de mes (nos) engagements, le remboursement des sommes perçues sera exigé, majoré d'intérêts de retard et éventuellement de pénalités financières, sans préjudice des autres poursuites et sanctions prévues dans les textes en vigueur.

**Je suis informé(e) (nous sommes informés) que des modifications de ma situation, des engagements ou du projet pourraient entraîner l'inéligibilité complète de ma demande.**

**Je suis informé(e) (nous sommes informés)** que, conformément au règlement communautaire n°1306/2013 du 17 décembre 2013 et aux textes pris en son application, l'Etat est susceptible de publier au moins une fois par an, sous forme électronique, la liste des bénéficiaires recevant une aide FEADER. Dans ce cas, mon nom (ou ma raison sociale), ma commune et les montants d'aides perçus par mesure resteraient en ligne sur le site internet du Ministère en charge de l'agriculture pendant 2 ans. Ces informations pourront être traitées par les organes de l'Union européenne et de l'Etat compétents en matière d'audit et d'enquête aux fins de la sauvegarde des intérêts financiers de l'Union. Conformément à la loi « informatique et liberté » n°78-17 du 6 janvier 1978, je bénéficie d'un droit d'accès et de rectification aux informations à caractère personnel me concernant.

### Afin de faciliter mes démarches auprès de l'administration : (veuillez cocher la case)

- j'autorise,
- je n'autorise pas <sup>(2)</sup>

l'administration à transmettre l'ensemble des données nécessaires à l'instruction de ce dossier à toute structure publique chargée de l'instruction d'autres dossiers de demande d'aide ou de subvention me concernant.

<sup>(2)</sup> Dans ce cas, je suis informé qu'il me faudra produire l'ensemble des justificatifs nécessaires à chaque nouvelle demande d'aide. Toutefois, cette option ne fait pas obstacle aux contrôles et investigations que l'administration doit engager afin de procéder aux vérifications habituelles découlant de l'application des réglementations européennes et nationales (à titre d'exemple: vérification du respect du taux d'aides publiques).

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature(s), qualité(s) et état(s) civil(s) du demandeur ou du représentant légal ou délégué (*visé en page 1*):  
*En cas de délégation de signature, veuillez impérativement remplir une attestation de délégation.*

Cachet du demandeur

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à instruire votre dossier de demande d'aide publique. Conformément à la loi «informatique et libertés» du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification et de suppression des informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez-vous adresser à la Collectivité Territoriale de Guyane.