**Formulaire de demande d’aide régionale**

**« aide AU RENOUVELLEMENT/REPARATION DES INVESTISSEMENTS ENDOMMAGES POUR LES AGRICULTEURS VICTIMES DES INONDATIONS ET DES COULEES DE BOUE DE NOVEMBRE 2023 »**

**L’exploitation doit être située dans une commune reconnue en état de catastrophe naturelle**

Le Conseil régional a souhaité accompagner agriculteurs victimes des inondations et des coulées de boue de novembre 2023 en soutenant le renouvellement / réparation des investissements endommagés lors de cet événement climatique exceptionnel.

Ce formulaire doit être signé en original, accompagné de l’ensemble des pièces demandées en page 4 et retourné à l’adresse suivante :

**Conseil Régional Hauts-de-France**

Direction de l’Agriculture et du Développement Rural

151 Boulevard du Président Hoover

59555 Lille cedex

Ou par courriel à dagri@hautsdefrance.fr.

En cas de besoin d’assistance pour remplir ce formulaire, veuillez-vous adresser au Conseil régional Hauts de France – Direction Agriculture et Développement Rural – Madame Emilie AUMERCIER – 03 74 27 13 50

L’aide régionale entrant dans le cadre du de minimis, l’attestation (page 5) est obligatoire pour la prise en charge de votre demande.

|  |
| --- |
| **A REMPLIR PAR LE DEMANDEUR** |
| **Nom du demandeur** |
|  |

|  |
| --- |
| **Réservé à l'Administration – NE RIEN INSCRIRE DANS CETTE SECTION** |
| DATE DE RÉCEPTION : |\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| |

1- IDENTIFICATION DU DEMANDEUR

N° SIRET  (obligatoire pour tous les demandeurs) : |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

*attribué par l’INSEE lors d’une inscription au répertoire national des entreprises*

STATUT JURIDIQUE : ☐ Exploitant individuel

 ☐ EARL ☐ SCEA ☐ SARL

 ☐ Autres (*préciser*):

**Pour les personnes physiques (exploitants individuels) :**

Civilité : ☐ Madame ☐ Monsieur

Nom de naissance:

Nom d’usage :

Prénom :

Date de naissance : |\_\_|\_\_| / |\_\_|\_\_| / |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

**Pour les personnes morales :**

Raison sociale :

Appellation commerciale :

Nom et prénom du (des) représentant(s) légal(aux) :

Nom et prénom du responsable du projet :

**Dans tous les cas :**

Adresse :

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

Téléphone : |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| Téléphone portable professionnel : |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

Courriel :

2- CONSTITUTION SOCIALE DU DEMANDEUR

**Pour les agriculteurs**

Indiquer la liste des associés et leur situation : (la répartition du capital social et la qualité de l’associé : AE / ANE)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nom et prénom de l’associé exploitant | Date d’installation (1) | Nouvel installé (2) |
|  | |\_\_|\_\_| / |\_\_|\_\_| / |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | ☐ Oui |
|  | |\_\_|\_\_| / |\_\_|\_\_| / |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | ☐ Oui |

Dans le cas d’une forme sociétaire, proportion de parts sociales détenues par des associés non exploitants : |\_\_|\_\_| %

***Pour les exploitations individuelles, ne remplir qu’une seule ligne.***

*Ce tableau doit être complété sur une feuille à part si le nombre d’associés excède le nombre de lignes.*

 *(1) Date d'inscription comme Chef d'exploitation à l’ AMEXA*

*(2) Les jeunes agriculteurs ou agriculteurs qui se sont installés pour la première fois au cours des cinq années précédant la date de demande de l’aide*

**Localisation du siège de l’exploitation**: ☐ Identique à la localisation du demandeur

Sinon, veuillez préciser l’adresse du siège d’exploitation :

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

*Rappel : Le siège d’exploitation doit être localisé en Hauts-de-France – dans une commune reconnue en état de catastrophe naturelle*

Descriptifs des pertes subies

3- COORDONNEES DU COMPTE BANCAIRE SUR LEQUEL LE VERSEMENT DE L’AIDE EST DEMANDE

Joindre un RIB à l’adresse du siège social

4- OBLIGATIONS DU DEMANDEUR

*(Veillez à remplir cette partie avec attention)*

☐ **Je demande (nous demandons) à bénéficier de l’aide, selon les modalités définies par la Région en vigueur à la date de dépôt du formulaire dûment rempli.**

☐ **Je certifie (nous certifions) l'exactitude de l'ensemble des informations fournies dans le présent formulaire et les pièces jointes.**

☐ **Je demande une avance de 50 % du montant de la subvention (conformément au dispositif)**

**Fait à**  , **le** |\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

**Signature(s) du (des) demandeur(s)**

*En cas de forme sociétaire, signatures de tous les associés.*

5- LISTE DES PIECES JUSTIFICATIVES A FOURNIR

|  |  |
| --- | --- |
| Exemplaire original de la demande daté, complété et signé | ☐ |
| RIB ou copie lisible comportant IBAN à l'adresse du siège social | ☐ |
| Attestation de la situation au regard des minimis  | ☐ |
| Devis et/ou factures des investissements et /ou réparation **(1)**  | ☐ |
| Copie de la déclaration de sinistre  | ☐ |
| Attestation du montant pris en charge par l’assurance signé par l’assureur | ☐ |

1. **Seules les dépenses effectuées à compter du 2 novembre 2023, sont éligibles**

|  |
| --- |
| **Attestation – Régime DE MINIMIS** |

En cas de besoin, contacter votre comptable pour remplir au mieux cette partie

🗹 Veuillez utiliser le modèle ci-après

Pour instruire les dossiers au titre du régime d’aides DE MINIMIS, la Région doit s’assurer que les futurs bénéficiaires n’ont pas atteint les plafonds d’aides perçues au titre du DE MINIMIS.

La réglementation indique que ce plafond, cumulé sur une période de 3 exercices fiscaux, est de :

* 300 000 € pour les activités non agricoles (par exemple :transformation, commercialisation de produits et services),
* 20 000 € pour les activités de production agricole,
* 300 000 € pour le cumul des deux types d’activités.

🗹 Cette pièce est indispensable à l’instruction du dossier de demande de subvention.

 **Monsieur Le Président du Conseil Régional Hauts-de-France**

Direction de l’Agriculture et du Développement Rural

 151 Boulevard du Président Hoover

 59555 Lille cedex

 Objet : Attestation sur l’honneur concernant l’obtention de subvention au titre du DE MINIMIS

.

 Je soussigné(e) ❒ Monsieur ❒ Madame

##  **Nom de naissance**

##  **Nom d’usage**

##  **Prénoms**

##  **Né(e) à**

##  **Le I\_\_I\_\_I / I\_\_I\_\_I / I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I**

##

##  **atteste sur l’honneur que la structure :**

##

dont je suis : ❑ le représentant légal,

 ❑ un des représentants légaux,

* n’a bénéficié d’aucune aide publique au titre du DE MINIMIS *sur mon exploitation agricole* au cours de ces trois dernières années,
* déclare la perception, au cours de ces trois dernières années, des aides publiques ci-dessous au titre du DE MINIMIS :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nom de l’aide | Date | Montant |
| *Aides liées à une activité de production agricole au titre des règlements UE n°1408/2013 ou CE 1535/2007* |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| *Aides liées à une activité non agricole (dont : transformation, commercialisation de produits et services) au titre des règlements UE n°2023/2831* |
|  |  |  |
|  |  |  |

## **A , le I\_\_I\_\_I / I\_\_I\_\_I / I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I**

**Signature :**

Investissement de renouvellement de matériel

Seules les dépenses effectuées à compter du 2 novembre 2023, sont éligibles

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *Type de matériel* | *Devis* | *Facture* | *Montant**en € HT* | *Montant de la prise en charge par l’assurance* | *Restant à charge* |
|  | ☐ | ☐ |  |  |  |
|  | ☐ | ☐ |  |  |  |
|  | ☐ | ☐ |  |  |  |
|  | ☐ | ☐ |  |  |  |
|  | ☐ | ☐ |  |  |  |
|  | ☐ | ☐ |  |  |  |
|  | ☐ | ☐ |  |  |  |
|  | ☐ | ☐ |  |  |  |
|  | ☐ | ☐ |  |  |  |
|  | ☐ | ☐ |  |  |  |
|  | ☐ | ☐ |  |  |  |
|  | ☐ | ☐ |  |  |  |
| ***Total***  |  |  |  |

**Merci d’indiquer si les dépenses ont déjà été réalisées** [ ]  **OUI** [ ]  **NON**

**Si OUI, à quelle date I\_\_I\_\_I / I\_\_I\_\_I / I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I**

Réparation d’investissement matériel

Seules les dépenses effectuées à compter du 2 novembre 2023, sont éligibles

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *Type de matériel* | *Devis* | *Facture* | *Cout de la réparation**en € HT* | *Montant de la prise en charge par l’assurance* | *Restant à charge* |
|  | ☐ | ☐ |  |  |  |
|  | ☐ | ☐ |  |  |  |
|  | ☐ | ☐ |  |  |  |
|  | ☐ | ☐ |  |  |  |
|  | ☐ | ☐ |  |  |  |
|  | ☐ | ☐ |  |  |  |
|  | ☐ | ☐ |  |  |  |
|  | ☐ | ☐ |  |  |  |
|  | ☐ | ☐ |  |  |  |
|  | ☐ | ☐ |  |  |  |
|  | ☐ | ☐ |  |  |  |
| ***Total***  |  |  |  |

**Merci d’indiquer si les dépenses ont déjà été réalisées** [ ]  **OUI** [ ]  **NON**

**Si OUI, à quelle date I\_\_I\_\_I / I\_\_I\_\_I / I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I**