

CARACTERISTIQUES DE VOTRE EXPLOITATION

ADRESSE DU SIEGE D'EXPLOITATION (si différente de vos coordonnées)

Adresse : _____

Code postal : |_|_|_|_|_|

Commune : _____

COMMUNES SINISTREES OU SE TROUVENT TOUT OU PARTIE DE VOS PERTES (si différentes de celle du siège d'exploitation)

Communes : _____

SAU ou (Surface Agricole Utile)

SAU totale : _____ Ha (exemple : 12,04 ha)

Surface (ha)	Type de Cultures
	SAU prairies
	SAU grandes cultures
	SAU vignes

Si votre SAU est située sur plusieurs départements, veuillez l'indiquer dans le tableau ci-dessous :

Surface (ha)	Département(s)
	33 - Gironde

ASSURANCES

Vos contrats d'assurance souscrits et acquittés à la date du sinistre pour chaque risque assuré :

Risque assuré	Compagnie	N° de contrat
Incendie-tempête bâtiments agricoles		
Grêle et tempête sur récolte		
Mortalité du bétail		
Assurance récolte (contrat à la culture)		
Assurance récolte (contrat à l'exploitation)		

REGIME FISCAL

Vous êtes au régime réel , vous êtes au régime forfaitaire .

ENGAGEMENTS DU DEMANDEUR

Je demande (nous demandons) à bénéficier d'une indemnisation au titre de la procédure calamités agricoles

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

- Que je n'ai pas sollicité pour le même dossier, une autre aide que celle indiquée sur le présent formulaire de demande d'aide,
- L'exactitude des renseignements portés sur le présent formulaire et les pièces jointes,
- (Pour les GAEC) : Que la présente déclaration a été réalisée en concertation avec l'ensemble des associés du GAEC.

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

- A détenir, conserver, fournir tout document ou justificatif demandé par l'autorité compétente, pendant 3 années,
- A informer la DDTM, de toute modification de ma situation, de la raison sociale de ma structure, des engagements,
- A me soumettre et à faciliter l'ensemble des contrôles administratifs et des contrôles sur place
(Veillez à cocher toutes les cases prévues à cet effet)

Je m'engage (nous nous engageons), sur l'honneur à réemployer l'indemnité que j'obtiendrai sur mon exploitation.

ATTENTION : LES FACTURES POURRONT ETRE PRODUITES ULTERIEUREMENT, MAIS EN TOUT CAS AVANT LA MISE EN PAIEMENT DE L'INDEMNISATION PAR LA DDTM.

Pièces	Demandeur concerné	Pièce(s) jointe(s)	Pièce déjà fournie à la DDTM	Sans objet
Exemplaire original de cette demande d'aide, complété et signé	tous	<input type="checkbox"/>		
Annexes déclaration de pertes de fonds	tous	<input type="checkbox"/>		
Relevé d'identité bancaire (ou copie lisible) ⁽¹⁾	tous	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Si vous n'avez pas de n° SIRET ni de n° PACAGE : copie de pièce d'identité ⁽¹⁾	Si le demandeur est une personne physique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K-bis	Si le demandeur est une forme sociale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Attestation(s) d'assurance	tous	<input type="checkbox"/>		
Pièces justificatives des dommages	tous	<input type="checkbox"/>		

⁽¹⁾ Attention : Vous n'avez pas à produire les pièces qui sont déjà en possession de la DDTM **sauf modification**.

- Pour l'extrait K-bis : il n'est pas à fournir si vous l'avez déjà remis à la DDTM, après la dernière modification statutaire intervenue. Dans ce cas, merci d'indiquer ici la date d'effet de la dernière modification statutaire : ... / ... / Dans le cas contraire, un K-bis original doit être fourni.
- Pour le RIB : il n'est pas à produire si le compte bancaire est déjà connu de la DDTM. 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).

J'autorise (nous autorisons) :

- la DDTM, à consulter tout organisme (Établissement comptable, Organisation de Producteur (OP), coopératives, acheteurs privés, douanes, ...) susceptible de fournir les éléments nécessaires à l'instruction et au contrôle de mon dossier,
- la DDTM, à demander toute information relative à mes contrats d'assurance et aux éventuelles indemnisations perçues à leur titre aux caisses d'assurance mentionnées
- la DDTM, à fournir les données de la présente demande ou la base d'indemnisation, aux collectivités territoriales dans le cas où un dispositif conjoint serait mis en place (Conseil Général et Conseil Régional), à mon établissement de crédit, à la MSA, à la chambre d'agriculture.

(Veillez à cocher toutes les cases prévues à cet effet)

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 exclure d'autres poursuites et sanctions prévues dans les textes en vigueur.

Fait à _____ le _____

Signature(s) du demandeur :
(du gérant en cas de formes sociales et de tous les associés pour les GAEC)

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 DDTM.

