

Le bénéficiaire peut présenter son propre état sous réserve d'y faire figurer l'ensemble des rubriques suivantes

BENEFICIAIRE : POLE SANTE PLURIDISCIPLINAIRE PARIS-EST	
DELIBERATION : N° CP2019-341 du 18 septembre 2019	N° DOSSIER IRIS : EX045306 - 02/10/2019
ENGAGEMENT COMPTABLE :	

ETAT RECAPITULATIF DETAILLE DES PAIEMENTS EFFECTUES

RAPPEL DU TOTAL APPARAISSANT SUR LA PRECEDENTE DEMANDE DE VERSEMENT (en €)				MONTANT HT	MONTANT TTC
NOM DU FOURNISSEUR	REF. DE PIECE DE DEPENSE	DATE DE PIECE DE DEPENSE	NATURE PRECISE DE LA DEPENSE		
TERRA FIRMA ↳ Date factures 18/12/19 FAELIEN ↳ Date facture 11/12/19	N° 22350 N° 8019/58	6/6/20 Chèque 6/6/20 Chèque	Facture Accoupte = VERBATIM : le jeu éducatif pour la bonne aideance entre aînés et aidants Accompagnement Living Lab PSPPE et Accompagnement mise en œuvre + animation des Communautés d'Aidants -	3 704,00 € 5 833,33 €	4 444,79 € 7 009,00 €
TOTAL A REPORTER SUR LA PROCHAINE DEMANDE DE VERSEMENT OU TOTAL DEFINITIF				9 537,33 €	11 444,79 €

A compléter uniquement pour la demande de solde et s'il s'agit d'un organisme doté d'un comptable public
CERTIFIE LA PRISE EN CHARGE DANS SA COMPTABILITE DES DEPENSES AINSI QUE LEUR REGLEMENT

CERTIFIE SINCERE ET VERITABLE
 Le bénéficiaire certifie que l'ensemble des dépenses ci-dessus listées sont réputées acquittées à la date du 06/10/2019

A: Nogent Sur Maine
 Le: 19/04/21
 REVELLAT Evelyne, Présidente PSPPE.
 Le représentant légal de l'organisme bénéficiaire
 (Nom, qualité, signature et le cas échéant cachet)

A: _____
 Le: _____

Le comptable public de l'organisme bénéficiaire
 (Nom, qualité, signature et le cas échéant cachet)

20 Toute fausse déclaration est passible des peines d'emprisonnement et d'amendes prévues par les articles 441-6 et 441-7 du code pénal.

DEMANDE DE VERSEMENT DE SUBVENTION
Subventions spécifiques de fonctionnement

- Bénéficiaire de la subvention : POLE SANTE PLURIDISCIPLINAIRE PARIS-EST
- N° tiers financier : 0 (IRIS : EXM04614)

OBJET DU PROJET : Sensibilisation et formation des aidants aux bonnes pratiques en matière d'accompagnement		N° DOSSIER IRIS : EX045306 - 02/10/2019
DELIBERATION : N° CP2019-341 du 18 septembre 2019		
BASE SUBVENTIONNABLE :	TAUX D'INTERVENTION :	MONTANT DE LA SUBVENTION MAXIMUM
63 000,00 €	47,62 %	30 000,00 €
ANNEE DE PROGRAMME :	IMPUTATION BUDGETAIRE :	ENGAGEMENT COMPTABLES :
2019		
MONTANT CUMULE DES AVANCES et ACOMPTES DEJA MANDATES : 0,00 €		
Date limite impérative d'arrivée à la Région Ile de France de votre première demande : 18 septembre 2020		

PARTIE A REMPLIR PAR LE BENEFICIAIRE
EN FONCTION DES MODALITES DE VERSEMENT QUI LUI ONT ETE NOTIFIEES

Montant de la présente demande ¹⁹ (en €) :

Cette demande s'effectue dans le cadre de (cocher la case correspondante) :

- Avance (si prévue dans la convention) si oui, préciser le montant des dépenses prévues (en €) :

- Acompte : si oui, préciser le montant des dépenses effectuées par le bénéficiaire à la date de la demande (en €) :

- Solde : si oui, préciser le montant des dépenses effectuées par le bénéficiaire à la date de la demande (en €) :

¹⁹ Déduction faite de la TVA récupérable

N° dossier IRIS : EX045306 - 02/10/2019

Rappel du STATUT FISCAL du bénéficiaire de la subvention au regard de la TVA : L'organisme ne récupère pas la TVA.

Ce statut fiscal est-il exact ? (Cocher la case) OUI NON

Si celui-ci n'est pas correct préciser le statut et joindre l'attestation.

REFERENCE DU COMPTE :

Intitulé du compte : POLE SANTE PLURIDISCIPLINAIRE PARIS-EST

Etablissement :

Guichet :

RIB : 18206 00183 65050976909 43

Ces coordonnées sont elles exactes ? (Cocher la case) OUI NON

Si celles-ci ne sont pas correctes, joindre un RIB avec votre demande

LE BENEFICIAIRE DECLARE AVOIR PRIS CONNAISSANCE DES CONDITIONS D'OCTROI, DE VERSEMENT ET DE CONTRÔLE QUI LUI ONT ETE NOTIFIEES ET S'ENGAGE A LES RESPECTER.

IL CERTIFIE :

- QUE LE SERVICE EST FAIT (DANS LE CAS OU LA PRESENTE DEMANDE EST UNE DEMANDE D'ACOMPTE OU DE SOLDE)
- QUE LES PAIEMENTS PRIS EN COMPTE DANS LA PRESENTE DEMANDE ONT ETE EMPLOYES A FINANCER LE PROJET MENTIONNE EN REFERENCE ET POUR LEQUEL LA SUBVENTION A ETE ATTRIBUEE.

DANS LE CAS D'UNE DEMANDE DE SOLDE :

LE BENEFICIAIRE CERTIFIE QUE LE PROJET OU LA TRANCHE DU PROJET EST TERMINE AU COUT DEFINITIF DE ¹(EN €) : **ET PAYE EN TOTALITE.**

Certifié sincère et véritable

A: Nogent sur Mayne

Le: 19/04/21

Le représentant légal de l'organisme bénéficiaire
(Nom, qualité, signature et le cas échéant cachet)

REVELLAT Evelyne, Présidente

CADRE RESERVE A L'ADMINISTRATION REGIONALE

VU LA VERIFICATION DU RESPECT DES OBLIGATIONS DU BENEFICIAIRE ET NOTAMMENT LA CERTIFICATION DU SERVICE FAIT PAR LE REPRESENTANT LEGAL DE L'ORGANISME BENEFICIAIRE DE LA SUBVENTION ET LE REGIME D'ASSUJETISSEMENT A LA TVA DE L'ORGANISME BENEFICIAIRE, LE GESTIONNAIRE CERTIFIE QU'IL PEUT ETRE VERSE LA SOMME DE :

Le :

Le responsable habilité
(Cachet, nom, qualité et signature)