Région îledeFrance

DEMANDE DE VERSEMENT DE SUBVENTION
Subventions spécifiques de fonctionnement

- Bénéficiaire de la subvention : POLE SANTE PLURIDISCIPLINAIRE PARIS-EST
- N° tiers financier : 76011 (IRIS : EXM04614)

OBJET DU PROJET : Sensibilisation et formation des aidants aux bonnes pratiques en matière d'accompagnement		**N° DOSSIER IRIS :** EX045306 - 03/01/2022
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 : 2019	**IMPUTATION BUDGETAIRE :** 934-42-6574-142003-14200304-300	**ENGAGEMENT COMPTABLES :** 2019-IRIS-602520-1
MONTANT CUMULE DES AVANCES et ACOMPTES DEJA MANDATES : 22 117,00 €		
Date limite impérative d'arrivée à la Région Ile de France de votre première demande : 31 décembre 2021		

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

Montant de la présente demande [1] (en €) : 7883 €

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 €) : 7883 €

[1] Déduction faite de la TVA récupérable

Adresse postale :
Conseil régional
PFIN/DC Direction de la comptabilité
2 RUE SIMONE VEIL
93400 SAINT-OUEN-SUR-SEINE
Tél. : 01 53 85 53 85
www.iledefrance.fr

N° dossier IRIS : EX045306 - 03/01/2022

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 : CRCAPARIDF

Guichet : CRCA NOGENT MARNE MAIRIE

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 €) : 62 918 € **ET PAYE EN TOTALITE.**

Certifié sincère et véritable

A : Nogent-sur-Marne **Le :** 21 décembre 2021

Pôle Santé Pluridisciplinaire Paris Est
188 Gde rue Charles de Gaulle
94130 Nogent sur Marne
Association N° W942006769

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

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)

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 - 03/01/2022	**ENGAGEMENT COMPTABLE :** 2019-IRIS-602520-1

ETAT RECAPITULATIF DETAILLE DES PAIEMENTS EFFECTUES

RAPPEL DU TOTAL APPARAISSANT SUR LA PRECEDENTE DEMANDE DE VERSEMENT (en €)					
NOM DU FOURNISSEUR	**REF. DE PIECE DE DEPENSE**	**DATE DE PIECE DE DEPENSE**	**NATURE PRECISE DE LA DEPENSE**	**MONTANT HT**	**MONTANT TTC**
Total précédent versement	**N° 1**	**30/06/2021**	**TOTAL DES PRECEDENTS ACOMPTES VERSES**	**38 704**	**46 444,79**
Khépri Formation	**N° 2**	**17/12/21**	**Convention de mise à disposition de bureaux**	**7 500**	**9 000**
PSPPE employeur	**N° 3**	**17/12/21**	**Montant Cotisations sociales résiduelles non prises en charges par les contrats aidés :**		
			Contrat 1 : Carole Fournaise	**4 301**	**4 301**
			Contrat 2 : Valérie Grelat	**3 172**	**3 172**
TOTAL A REPORTER SUR LA PROCHAINE DEMANDE DE VERSEMENT OU TOTAL DEFINITIF				**53 677**	**62 917,79**

A compléter uniquement pour la demande de solde et s'il s'agit d'un organisme doté d'un comptable public

CERTIFIE SINCERE ET VERITABLE	**CERTIFIE LA PRISE EN CHARGE DANS SA COMPTABILITE DES DEPENSES AINSI QUE LEUR REGLEMENT**
Le bénéficiaire certifie que l'ensemble des dépenses ci-dessus listées sont réputées acquittées à la date du[1] 21/12/21 A : Nogent sur Marne Le : 21 décembre 2021 Pôle Santé Pluridisciplinaire Paris Est 188 Gde rue Charles de Gaulle 94130 Nogent sur Marne Association N° W9420006769 **REVELLAT Evelyne, Présidente PSPPE** **Le représentant légal de l'organisme bénéficiaire** **(Nom, qualité, signature et le cas échéant cachet)**	A : Nogent-sur-Marne Le : **21 décembre 2021** CAMESCASSE **CAMESCASSE Nicole, Trésorière PSPPE** **Le comptable public de l'organisme bénéficiaire** **(Nom, qualité, signature et le cas échéant cachet)**

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