



DEMANDE DE SUBVENTION

« MESURE 23 – CATASTROPHES NATURELLES » DU PROGRAMME DE DÉVELOPPEMENT RURAL DE FRANCHE-COMTÉ

APPEL À PROJETS DU 23 AVRIL AU 14 MAI 2025

Le présent formulaire de demande d'aide une fois complété constitue, avec l'ensemble des justificatifs joints par vos soins, le dossier unique de demande d'aide et de paiement au titre de cette mesure.

Transmettez l'original par courrier au guichet unique :
CONSEIL REGIONAL DE BOURGOGNE-FRANCHE-COMTE
Direction Europe et Rayonnement International – **M23**
4 square Castan CS 151857
25031 BESANÇON CEDEX

Cadre réservé à l'administration

N° de dossier OSIRIS : _____

Date de demande (cachet de la poste) : | | | | | | | | | |

1. DONNEES DU DEMANDEUR

N° SIRET	_____
N° PACAGE	_____

IDENTIFICATION DU DEMANDEUR – PERSONNE PHYSIQUE

Civilité	☐ Madame ☐ Monsieur		
Nom	_____	Nom de naissance (le cas échéant)	_____
Prénom	_____	Date de naissance	_____

IDENTIFICATION DU DEMANDEUR – PERSONNE MORALE

Statut juridique (Exploitant agricole individuel, société agricole : SCEA, EARL, GAEC, etc)	_____			
Raison sociale :	_____	Appellation commerciale : (le cas échéant)	_____	
Représentant légal	Nom	_____	Prénom	_____
	Fonction du représentant légal	_____		

COORDONNEES DU DEMANDEUR

Coordonnées	Adresse permanente (n°, voirie, complément...)	_____		
	Code postal	_____	Commune	_____
	N° de téléphone	_____	Adresse mail	_____

COORDONNÉES DU COMPTE BANCAIRE SUR LEQUEL LE VERSEMENT DE L'AIDE EST DEMANDÉ

☐ Veuillez donner ci-après les coordonnées du compte choisi pour le versement de cette aide, et joignez un RIB :

N° IBAN :	_____	N° BIC :	_____
-----------	-------	----------	-------

2. CARACTÉRISATION DES PERTES SUBIES

CATASTROPHE NATURELLE AYANT GÉNÉRÉ DES PERTES

Nature de l'évènement	Veuillez cocher à quelle catégorie correspond l'évènement qui a généré des pertes sur votre exploitation. ☐ Infection de mon cheptel par la fièvre catarrhale ovine (Volet « sanitaire ») ☐ Catastrophe naturelle (Volet « végétal »)
-----------------------	--

VOLET SANITAIRE

Complément d'information spécifique au volet « sanitaire »	Votre exploitation est dans une zone ayant été touchée par la fièvre catarrhale ovine à partir du 1^{er} janvier 2024 et un document du Groupement de Défense Sanitaire départemental l'atteste : ☐ Oui ☐ Non Veuillez préciser le code postal de la commune où est localisé le siège de votre exploitation : Code postal : _ _ _ _ _ Dénomination de la commune : _____ Cette maladie a occasionné : - soit plus de 30% de mortalité sur le cheptel et/ou de baisse des naissances ; - soit plus de 30% de perte de production laitière : ☐ Oui ☐ Non Veuillez joindre l'attestation datée et signée du GDS à votre demande (annexe 2). Dans le cas d'une perte de production laitière, veuillez joindre une attestation datée et signée du collecteur de lait (annexe 3). NB : pour les pertes de production laitière, les attestations du GDS et du collecteur de lait sont cumulatives pour que le porteur soit éligible au volet « sanitaire ». NB 2 : une exploitation ne peut prétendre qu'à un seul des deux critères.
--	--

VOLET VÉGÉTAL

Complément d'information spécifique au volet « végétal »

Le siège de votre exploitation ou des parcelles de votre exploitation sont localisées dans une commune ciblée par l'Indemnité de Solidarité Nationale (ISN) ou commune reconnue par un arrêté de catastrophe naturelle au titre de l'année 2024 (hors apiculture) :

- ☐ Oui
☐ Non

Veillez préciser le code postal de la commune où est localisé le siège de votre exploitation ou les parcelles concernées :

Code postal : _ _ _ _ _

Dénomination de la commune : _____

Veillez joindre l'attestation de votre assureur (hors porteurs en zonage ISN non assurés) (annexe 4).

Dans le cas où vous n'êtes pas assuré, et que vous êtes dans une zone ISN 2024, le service instructeur se rapprochera de la Direction Départementale des Territoires pour confirmer l'éligibilité de votre dossier.

3. MONTANTS DEMANDÉS ET PLAN DE FINANCEMENT

En signant ce formulaire, je (nous) demande (demandons) à bénéficier de l'aide « M23 – Catastrophes naturelles » dont le montant s'élève au maximum à 23 000 €, selon le plan de financement suivant :

Financier	Taux de cofinancement	Montant de l'aide
FEADER 2014-2022	100%	Maximum 23 000 €

4. ENGAGEMENTS DU DEMANDEUR

Je suis informé (nous sommes informés) qu'en signant ce formulaire de demande d'aide, je souscris (nous souscrivons) aux éléments suivants :

- ✓ Je demande (nous demandons) à bénéficier de l'aide forfaitaire M23 – Catastrophes naturelles.
- ✓ Je suis informé (nous sommes informés) que le présent formulaire de demande d'aide vaut formulaire de demande de paiement. Ainsi, si l'aide demandée m'est (nous est) accordée, je n'aurai (nous n'aurons) pas à demander le paiement de cette aide. Celle-ci me (nous) sera versée sans justificatif complémentaire à fournir de ma (notre) part.
- ✓ Je suis informé qu'un coefficient stabilisateur linéaire pourra être appliqué par la Région Bourgogne-Franche-Comté si, après dépôt et instruction de l'ensemble des demandes d'aide, un dépassement des crédits disponibles apparaît pour la mise en œuvre de la présente mesure au regard des montants éligibles.
- ✓ Je donne mon (notre) accord pour que les services de l'État et le service instructeur de la Mesure 23 échangent des informations me (nous) concernant, et notamment les données liées à l'instruction ISN 2024 et les données relatives au classement des communes classées ISN 2024 ou ayant été reconnues en état de catastrophe naturelle si cela me (nous) concerne.
- ✓ Je donne mon (notre) accord pour que le service instructeur se rapproche de la Mutuelle Sociale Agricole (MSA) afin de récolter l'attestation de régularité des obligations sociales me (nous) concernant. En cas de non-conformité, mon (notre) dossier sera inéligible à la présente mesure.

De plus, :

- ✓ Je déclare (nous déclarons) et atteste (attestons) sur l'honneur :
 - l'exactitude de l'ensemble des informations fournies dans le présent formulaire et les pièces jointes ;
 - avoir pris connaissance des informations présentées dans la notice d'information ;
 - avoir pris connaissance que ma demande d'aide sera instruite et pourra être rejetée au motif qu'elle ne répond pas aux critères d'éligibilité ou en cas d'indisponibilité de crédits affectés à cette mesure ;

- ✓ Je m'engage (nous nous engageons) à :

- me (nous) soumettre à l'ensemble des contrôles administratifs et sur place qui pourraient résulter de l'octroi de l'aide européenne, permettre et faciliter l'accès à la structure aux autorités compétentes chargées des contrôles pour l'ensemble le paiement que je sollicite pendant dix ans ;
- fournir au service instructeur selon sa demande toute information complémentaire, le cas échéant ;

✓ **Je suis informé(e) (nous sommes informés) que :**

- en cas d'irrégularité ou de non-respect de mes (nos) engagements, je devrai rembourser les sommes perçues, majoré d'intérêts de retard et éventuellement de pénalités financières, sans préjudice des autres poursuites et sanctions prévues dans les textes en vigueur ;
- conformément au règlement communautaire n°1306/2013 du 17 décembre 2013 et aux textes pris en son application, l'Etat est susceptible de publier une fois par an, sous forme électronique, la liste des bénéficiaires recevant une aide FEADER ou FEAGA. 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 deux 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 sauvegarde des intérêts financiers de l'Union.
- les données personnelles collectées dans ce formulaire sont traitées par la Région Bourgogne-Franche-Comté ou par des sous-traitants dans le cadre des missions d'autorité de gestion des Fonds Européens Agricoles pour le Développement Rural dévolues à la Région-Bourgogne-Franche-Comté. Ces traitements visent à permettre l'éventuel octroi d'une aide et l'évaluation du dispositif concerné. Ces données seront conservées jusqu'au 31/12/2033.
- conformément à la loi « informatique et libertés » n°78-17 du 6 janvier 1978 et au règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données (Règlement Général sur la protection des Données), je peux accéder aux données me concernant ou demander leur effacement. Je dispose également d'un droit d'opposition, d'un droit de rectification et d'un droit à la limitation du traitement de vos données. Ces droits peuvent être exercés par courrier à l'adresse suivante : Région Bourgogne-Franche-Comté, Direction Europe et Rayonnement International, 17, boulevard de la Trémouille – CS 23502 - 21035 DIJON CEDEX ou par voie électronique feader@bourgognefranchecomte.fr.
- pour toutes questions relatives à la protection des données personnelles je peux contacter le Délégué à la Protection des Données par voie postale (17 boulevard Trémouille, CS 23502 - 21035 DIJON) ou par voie électronique (dpd@bourgognefranchecomte.fr).

5. Pièces justificatives

Pièces	Type de demandeur concerné	Pièce jointe	Pièce présente au dossier (case réservée à l'administration)
Exemplaire du présent formulaire de demande d'aide complété et signé. Dans le cas des GAEC, chaque associé doit signer ce formulaire.	Tous	☐	☐
Certificat d'immatriculation indiquant le n° SIRET	Tous	☐	☐
Relevé d'identité bancaire indiquant le n° IBAN (ou copie lisible)	Tous	☐	☐
Copie d'une pièce d'identité	Toutes personnes physiques et au moins une personne vérifiant la condition d'âge pour les personnes morales	☐	☐
Extrait K-bis	Pour les formes sociétaires	☐	☐
Attestation sur l'honneur portant sur le respect des obligations légales, administratives, sociales, fiscales et comptables (annexe 1)	Tous	☐	☐
Attestation datée et signée du GDS (Annexe 2)	Tous les demandeurs du volet « sanitaire »	☐	☐
Attestation datée et signée du collecteur de lait (Annexe 3)	Tous les demandeurs du volet « sanitaire » pour lesquels une baisse de production laitière a été observée.	☐	☐
Attestation datée et signée de l'assureur (Annexe 4)	Pour tous les dossiers du volet « végétal » dont le siège ou les parcelles sont concernées par une zone ISN 2024 ou une commune classée en état de catastrophe naturelle (hors porteurs en zonage ISN 2024 non assurés)	☐	☐
Vérification du critère relatif à l'instruction ISN 2024 par la Direction Départementale des Territoires (DDT)	Pour porteurs en zonage ISN 2024 non assurés	Instruction ISN réalisée par la DDT	
Vérification de la régularité au regard du paiement de ses cotisations délivrée par les services compétents (MSA) et précisant le statut d'exploitant agricole ATP ou ATS pour les demandeurs individuels	Tous	Régularité attestée par la MSA	

Fait à _____

le ____ / ____ /20____

Nom, prénom du signature(s) du demandeur gérant, du représentant légal ou, pour un GAEC, de chaque associé.

L'ensemble des informations recueillies dans le présent formulaire font l'objet d'un traitement informatique destiné à la gestion de mon dossier de demande d'aide. Les destinataires des données sont l'Agence de services et de paiement (ASP), le Ministère en charge de l'agriculture et la région Bourgogne-Franche-Comté. Conformément à la loi « informatique et libertés » n°78-17 du 6 janvier 1978 et au règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données (Règlement Général sur la protection des Données), je peux accéder aux données me concernant ou demander leur effacement. Je dispose également d'un droit d'opposition, d'un droit de rectification et d'un droit à la limitation du traitement de vos données. Ces droits peuvent être exercés par courrier à l'adresse suivante : Région Bourgogne-Franche-Comté, Direction Europe et Rayonnement International, 17, boulevard de la Trémouille – CS 23502 - 21035 DIJON CEDEX ou par voie électronique feader@bourgognefranchecomte.fr.

Pour toutes questions relatives à la protection des données personnelles je peux contacter le Délégué à la Protection des Données par voie postale (17 boulevard Trémouille, CS 23502 - 21035 DIJON) ou par voie électronique (dpd@bourgognefranchecomte.fr).

ANNEXE 1

Attestation sur l'honneur portant sur le respect des obligations légales, administratives, sociales, fiscales et comptables

Nom – Prénom du demandeur :

Nom – Prénom du représentant légal :

Adresse :

CP- Ville :

N° SIRET :

N° fiscal :

Votre numéro fiscal figure sur votre dernier avis d'imposition, dans le cadre intitulé « vos références ». Ce numéro est composé de 1-3 chiffres suivis d'une lettre.

Conformément à l'article 2 de l'arrêté du ministère de l'action et des comptes publics du 21 août 2018, pris en application de l'article 3 du décret n°2018-514 du 25 juin 2018 relatif aux subventions de l'État pour des projets d'investissement :

J'atteste sur l'honneur que l'organisme / l'entreprise que je représente est à jour de ses obligations légales, administratives, fiscales et comptables et est à jour du paiement de ses cotisations.

Je prends connaissance des informations suivantes (art. L114-8 et L114-10 du code des relations entre le public et l'administration – CRPA -) :

- L'administration se procure directement auprès d'autres administrations les informations ou données justificatives de cette attestation de l'honneur.
- Le demandeur peut exercer son droit d'accès et de rectification sur les informations et données concernées.
- En cas d'impossibilité technique à l'obtention des données directement auprès d'une autre administration, il est possible que le service instructeur les réclame au demandeur
- Les échanges entre administrations se font dans les conditions suivantes (art. L114-9 ; R114-9-5 et R114-9-6 du CRPA) :
 - Sous forme électronique, par traitement automatisé assurant la traçabilité des échanges,
 - Mise en œuvre du Référentiel Général de Sécurité (RGS)

Fait à, le

Nom, prénom et signature(s) du demandeur gérant, du représentant légal ou, pour un GAEC, de chaque associé

Cachet

ANNEXE 2

Attestation du Groupement de Défense Sanitaire portant sur les pertes subies

Volet « sanitaire » de l'aide M23 Catastrophes naturelles

Je soussigné(e), (NOM – Prénom)
atteste, en ma qualité de (fonction)
du Groupement de Défense Sanitaire de (département)
que le cheptel de (NOM Prénom du demandeur ou raison sociale)
est dans une zone touchée par la fièvre catarrhale ovine à partir du 1^{er} janvier 2024.

Compléments relatifs à la mortalité sur le cheptel ou la baisse des naissances (donc hors perte de production laitière) :

Le cas échéant, par rapport à l'année précédente, cette infection a causé des pertes au cheptel susmentionné sur une période de 12 mois glissants, c'est-à-dire du :

- (début de la période de référence)
- (fin de la période de référence).

Les données sur lesquelles s'appuient l'analyse permettant de constater 30% de pertes sont :

- L'élevage est situé dans une zone géographique exposée à la FCO depuis le 1^{er} janvier 2024 et
- Pour les bovins, la productivité s'exprime par le nombre de veaux nés et non morts sur la période de référence par rapport au nombre de femelles d'au moins 3 ans présentes au début de la période. Cette valeur est inférieure à 70 % de la même valeur observée sur 2023-2024.
- Pour les ovins et caprins, la productivité correspond à la valeur de 1 moins le taux de mortalité. Le taux de mortalité se calcule comme le nombre d'ovins/caprins équarris sur la période de référence sur le nombre de reproducteurs déclarés à l'EdE sur 2024. Cette valeur est inférieure à 70 % de la même valeur observée sur 2023-2024.

Pour faire valoir ce que de droit.

Fait à, le

Nom, prénom et signature

Cachet

ANNEXE 3

Attestation du collecteur de lait portant sur les pertes subies

Volet « sanitaire » de l'aide M23 Catastrophes naturelles

Je soussigné(e), (NOM – Prénom)

atteste, en ma qualité de (fonction)

de (dénomination du collecteur de lait)

que le cheptel de (NOM Prénom du demandeur ou raison sociale)

Par rapport à l'année précédente, cette infection a causé plus de 30% de perte de production laitière sur une période de 12 mois glissants (du au).

Pour faire valoir ce que de droit.

Fait à, le

Nom, prénom et signature

Cachet

ANNEXE 4

Attestation de l'assureur du demandeur portant sur les pertes subies

Volet « végétal » de l'aide M23 Catastrophes naturelles

Je soussigné(e), (NOM – Prénom)

atteste, en ma qualité de (fonction)

de (dénomination de l'assurance)

que l'exploitation de (NOM Prénom du demandeur ou raison sociale)

a perdu au moins 30% de production en raison d'une catastrophe naturelle reconnue officiellement (zonage ISN ou commune classée en état de catastrophe naturelle) sur une culture au moins.

Pour faire valoir ce que de droit.

Fait à, le

Nom, prénom et signature

Cachet