MINISTÈRE
DE L'AGRICULTURE
ET DE LA SOUVERAINETÉ
ALIMENTAIRE
*Liberté*
*Égalité*
*Fraternité*

cerfa

**DEMANDE DE PAIEMENT AU TITRE DU PROGRAMME**
**POUR L'ACCOMPAGNEMENT DE L'INSTALLATION ET DE LA TRANSMISSION EN AGRICULTURE (AITA)**
**CÉDANT – VOLET 5**

Régime cadre exempté de notification n° SA.109081 relatif aux aides aux services de conseil dans le secteur agricole pour la période 2023-2029 ;

INSTRUCTION TECHNIQUE MODIFIÉE DGPE/SDC/2018-613 DU 14/08/2018 RELATIVE À LA GESTION ET À LA MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME POUR L'ACCOMPAGNEMENT DE L'INSTALLATION ET DE LA TRANSMISSION EN AGRICULTURE (AITA)

*Veuillez transmettre votre demande à a direction départementale des territoires du siège de votre exploitation.*

## CADRE RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

N° OSIRIS : |__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__| DATE DE RÉCEPTION : |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__|

*(Un numéro Osiris par type d'aide sollicitée, Compléter le cas échéant l'encart réservé à cet effet et figurant en dernière page)*

## IDENTIFICATION ET COORDONNÉES DU DEMANDEUR

N° SIRET : |__|__|__||__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
*Attribué par l'INSEE lors d'une inscription au répertoire national des entreprises*

N° PACAGE : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
*Concerne uniquement les agriculteurs (facultatif)*

**Demandeur individuel**

NOM : _____ Prénom (s) : _____

Adresse :_____

Code postal : |__|__|__|__|__| Commune : _____

**Demandeur en société**

Raison sociale : _____

Adresse du siège de l'exploitation : _____

Code postal : |__|__|__|__|__| Commune : _____

## COORDONNÉES DE LA PERSONNE À CONTACTER

Nom: _____ Prénom : _____

☎ : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| 📱 : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
*Fixe* *Mobile*

Mél : _____

## COORDONNÉES BANCAIRES DU DEMANDEUR

*(ne pas compléter pour les demandes de prise en charge des frais du diagnostic d'exploitation à céder et pour les demandes de prise en charge du conseil en amont de la transmission)*

☐ Vous avez un compte bancaire unique ou plusieurs comptes bancaires pour le versement des aides. La DDT connaît ce(s) compte(s) et en possède le(s) RIB-IBAN. Veuillez donner ci-après les coordonnées du compte choisi pour le versement de cette aide, ou bien joindre un RIB-IBAN :

|__|__|__|__||__|__|__|__||__|__|__|__||__|__|__|__||__|__|__|__||__|__|__|__||__|__|__|__||__|__|__|

*IBAN - Identifiant international de compte bancaire*

☐ Vous avez choisi un nouveau compte bancaire : veuillez joindre obligatoirement un RIB-IBAN.

## CARACTÉRISTIQUES DE LA DEMANDE DE PAIEMENT

### ☐ Inscription au répertoire départ installation (RDI)

Date d'inscription au RDI : |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__|

N° d'inscription au RDI : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Date de cessation d'activité du cédant : |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| Date de transmission effective au repreneur: |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__|

Date de réalisation du diagnostic d'exploitation à céder : |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| Montant de l'aide sollicitée : |__|__|__|__| (€)

### A. Identification du repreneur :

Nom et prénom : :_____

N° SIRET : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| N° PACAGE (facultatif) : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Superficie agricole utile prévue à l'installation : |__|__|__|,|__|__|__|__| ha Hors-sol : |__|__|__|__| m² ou nombre de places

### B. Contexte de l'installation du repreneur :

☐ à titre individuel ou ☐ en société / ☐ dans le cadre familial (CF) ☐ hors cadre familial (HCF)

Bénéficiaire des aides à l'installation : ☐ oui ☐ non

Numéro de dossier des aides à l'installation (le cas échéant) : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

### ☐ Prise en charge du diagnostic d'exploitation à céder

Date de réalisation du diagnostic : |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__|

Intitulé du diagnostic (le cas échéant) :_____

Nom ou Raison sociale du prestataire de service :_____

N° SIRET prestataire de service : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Montant total du diagnostic *(montant HT)* : |__|__|__|__| (€) Montant aide sollicitée : |__|__|__|__| (€)

Date d'inscription au RDI : |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__|

N° d'inscription au RDI : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Date de dépôt de la déclaration d'intention de cessation d'activité agricole (DICAA) : |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__|

Date de reconversion professionnelle du cédant (le cas échéant) : |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__|

### ☐ Aide à la transmission globale du foncier (non cumulable avec l'aide à l'inscription au RDI)

Date de dépôt de la déclaration d'intention de cessation d'activité agricole (DICAA) du cédant : |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__|

Date de reconversion professionnelle du cédant (le cas échéant) : |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__|

Date d'inscription au RDI : |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__|

N° d'inscription au RDI : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Superficie agricole utile de référence de l'exploitation : |__|__|__|,|__|__|__|__|ha (2 ans avant la demande d'aide)

dont surface en propriété : |__||__|__|,|__|__|__|__|ha En location : |__||__|__|,|__|__|__|__|ha

Mise à disposition Autre : |__||__|__|,|__|__|__|__|ha

Part du foncier transmis : ☐ 85 % du foncier antérieurement exploité ☐ 95 % du foncier antérieurement exploité

Montant d'aide sollicitée : |__|__|__|__| (€)

☐ **Prise en charge du conseil d'accompagnement en amont de la transmission**

Intitulé du diagnostic (le cas échéant) :_____

Nom ou Raison sociale du prestataire de service :_____

N° SIRET prestataire de service : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Date de début du suivi : |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__|

Nombre de jours dédiés au suivi : |__|__|__|__| jours

Montant total du diagnostic *(montant HT)* : |__|__|__|__| (€)

Montant aide sollicitée : |__|__|__|__| (€)

## CARACTÉRISTIQUES DE LA DEMANDE DE PAIEMENT (SUITE)

☐ **Aide à la transmission globale du foncier (suite)**

### A. Identification du repreneur :

NOM : _____ Prénom (s) : _____

Date de naissance : |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__|

N° SIRET *(le cas échéant)*: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

PACAGE*(facultatif)* :|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Superficie agricole utile prévue à l'installation : |__|__|__|,|__|__|__|__| ha Hors-sol : |__|__|__|__| m² ou nombre de places

### B. Contexte de l'installation du repreneur :

☐ à titre individuel ou ☐ en société / ☐ dans le cadre familial (CF) ☐ hors cadre familial (HCF)

Bénéficiaire des aides à l'installation : ☐ oui ☐ non

Numéro de dossier des aides à l'installation (le cas échéant) : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

## FORMULATION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT ET SIGNATURE

Je soussigné (e),

Nom, Prénom _____

sollicite la mise en paiement (cochez la case correspondante) :

☐ de l'aide pour l'inscription anticipée au répertoire départemental à l'installation (RDI),
☐ de la prise en charge du diagnostic d'exploitation à céder,
☐ de la prise en charge du conseil en amont de la transmission,
☐ de l'aide à la transmission globale du foncier (non cumulable avec l'aide à l'inscription au RDI),

**Fait le** |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| ***Signature :***

## MENTIONS LÉGALES

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique à ce formulaire. La fourniture des données qu'il contient est obligatoire. La loi vous donne droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant, en vous adressant au service auquel vous adressez ce formulaire.

## PIÈCES À FOURNIR

| Pièces | Type de demandeur concerné | Pièce jointe | Pièce déjà fournie |
|---|---|---|---|
| La demande de paiement complétée et signée | Tous | | |
| Mandat complété et signé pour le versement à la structure ayant réalisé le conseil en amont de la transmission ou le diagnostic d'exploitation à céder | Bénéficiaire du conseil en amont de la transmission ou du diagnostic d'exploitation à céder | | |
| Copie de la facture acquittée adressée la structure ayant réalisé le conseil en amont de la transmission ou le diagnostic d'exploitation à céder | Bénéficiaire du conseil en amont de la transmission ou du diagnostic d'exploitation à céder | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Copie du rapport du conseil en amont de la transmission ou du diagnostic d'exploitation à céder | Bénéficiaire du conseil en amont de la transmission ou du diagnostic d'exploitation à céder | | |
| Attestation de remise du diagnostic avec la date de remise au bénéficiaire | Bénéficiaire du conseil en amont de la transmission ou du diagnostic d'exploitation à céder | | |
| Actes de transfert (baux, cessions de parts sociales) | Bénéficiaire de l'aide à l'inscription au RDI ou à la transmission globale du foncier | | |
| Justificatifs de cessation d'activité (attestation MSA, reconversion professionnelle) | Bénéficiaire de l'aide à l'inscription au RDI ou à la transmission globale du foncier | | |
| Attestation d'inscription au RDI | Bénéficiaire de l'aide à l'inscription au RDI, à la prise en charge du diagnostic d'exploitation à céder ou à la transmission globale du foncier | | |
| Copie de la DICAA transmise | Bénéficiaire du diagnostic d'exploitation à reprendre ou de l'aide à la transmission globale du foncier | | |
| Copie de la carte d'identité du repreneur | Pour les demandes d'aide à la transmission globale du foncier | | |
| Justificatifs relatifs au caractère hors cadre familial | Pour le repreneur ou le dernier repreneur en cas de multiples installations | | |

## EXPLICATIFS SUR LA TRANSMISSION LE CAS ÉCHÉANT :