

DEMANDE DE PRISE EN CHARGE PARTIELLE DE COTISATIONS (PEC) (ESCX02362)

Pour pouvoir établir une demande de prise en charge partielle de vos cotisations sociales MSA, contactez notre service Recouvrement qui se tient à votre disposition pour vous accompagner dans cette démarche et vous proposer, en complément, des solutions adaptées à votre situation.

Imprimé de déclaration à compléter par l'exploitant et à retourner à :
Mutualité Sociale Agricole Sud Aquitaine- Service Recouvrement
1, Place Marguerite Laborde
64017 PAU Cedex 9
Téléphone : 05.58.06.54.60 – Fax : 05.58.06.54.83

Je soussigné (NOM, Prénom et/ou dénomination de la société) :

Demeurant à (adresse complète) :

Téléphone : ____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____
Fax : ____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____

demande à bénéficier d'une prise en charge partielle de cotisations.

→ Je déclare être affilié à un Centre de Gestion Agricole : **oui** **non**
Si oui, préciser la dénomination et l'adresse du Centre de Gestion :

→ Je déclare être installé depuis le : ____ / ____ / ____

Date d'octroi de la Dotation Jeune Agriculteur (si vous en avez bénéficié) : ____ / ____ / ____

→ Je souhaite avoir une rencontre avec l'Assistante sociale de mon secteur, je contacte le secrétariat au : 05.59.80.98.99.

J'ai l'honneur de vous adresser ci-après, les premiers éléments d'informations concernant la situation technico-économique et financière de mon exploitation.

Je donne mon accord à la communication de ces éléments aux agents et organismes appelés à intervenir dans la mise en œuvre de ce dispositif.

Fait à _____ le ____ / ____ / ____

Signature du demandeur,
(de tous les associés dans le cadre d'un GAEC)

FICHE DESCRIPTIVE DE LA SITUATION ACTUELLE DE L'EXPLOITANT ET DE SON EXPLOITATION

Numéro PACAGE : | 0 | 6 | 4 | | | | | | | | | |

Numéro d'affiliation MSA : | | | | | | | | | | | | | | | |

→ SITUATION DE FAMILLE :

Célibataire

Marié

Autre

Date de naissance de l'exploitant : ___ / ___ / ___

Date de naissance du conjoint : ___ / ___ / ___

Nombre d'enfants à charge : | ___ |

Age des enfants : _____

→ REVENUS EXTERIEURS :

Montant annuel : €

Pensions : €

Salaires : €

Autres revenus : €

→ FONCIER – MAIN D'ŒUVRE :

SAU	HA	Main d'Oeuvre	Equivalent Temps Plein
Propriété		Aide (s) familial (aux)	
Fermage		Associés	
Autre		Conjoint	
TOTAL		Salariés permanents	
		Saisonniers	
		TOTAL	

PRODUCTIONS VEGETALES	SURFACES EN HA		RENDEMENTS PAR HA
	SEC	IRRIGUEE	
Maïs grain			
Autres : (à détailler)			
PRODUCTIONS ANIMALES		VENTES ANNUELLES	
Lait			Litres

Veaux (autres que 8 jours)	Têtes
Broutards – Génisses	Têtes
Bœufs – Taurillons	Têtes
Porcelets	Têtes
Porcs charcutiers	Têtes
Poulets	Têtes
Pintades	Têtes
Canards gras	Têtes
Canards prêts à gaver	Têtes
Autres	

→ **CHEPTEL** :

EFFECTIF EN PRODUCTION (nombre de têtes)

Brebis :

Truies :

Vaches allaitantes :

Vaches laitières :

→ **ORIGINES ET RAISONS DE LA DEMARCHE DE DEMANDE DE PRISE EN CHARGE PARTIELLE DES COTISATIONS** :

- d'ordre technique et économique :

- d'ordre familial et social :

→ **RETARD DE PAIEMENT :**

NOM DES CREANCIERS	Montant de la dette en €	Date d'émission de la facture

→ **INVENTAIRE DE VOTRE ENDETTEMENT :**

- PRETS BANCAIRES PROFESSIONNELS OU PRIVES A LONG ET MOYEN TERME

BANQUE	Objet du prêt	ANNUITES Capital + Intérêts en €	Nombre d'annuités restant dues	Capital restant à rembourser en €

- DETTES A COURT TERME *(ne figurant pas dans les retards de paiement)*

NOM DU CREANCIER	MONTANT DE LA DETTE en €

- OUVERTURE DE CREDIT (O.C.C)

ORGANISME CONCERNE	MONTANT ACCORDE en €	MONTANT UTILISE en €

Attestation à insérer et à retourner dans tout formulaire de demande d'aide relevant du régime « de minimis » conformément au règlement UE 2019/316 de la Commission du 21 février 2019 modifiant le règlement UE n°1408/2013 de la Commission du 18 décembre 2013 relatif à l'application des articles 107 et 108 du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne aux aides de minimis dans le secteur de l'agriculture. Il en est de même pour les entreprises exerçant en plus des activités agricoles, d'autres activités (transformation, commercialisation, pêche...) au titre desquelles elles ont perçu des aides de minimis (en application du règlement UE n°1407/2013 ou du règlement CE n°1998/2006, dits « règlements de minimis entreprise » jusqu'en juin 2014).

En application de la transparence GAEC, au sein d'un GAEC chaque associé disposant d'une part PAC peut bénéficier d'un plafond de 20 000 € d'aides de minimis agricole. Pour cela, chaque associé du GAEC disposant d'une part PAC doit compléter sa propre attestation pour demander la présente aide.

Nom, Prénom et/ou dénomination sociale :-----

N° d'immatriculation et/ou N° SIRET :-----

N° PACAGE :-----

☞ **Je demande à bénéficier d'une prise en charge partielle sur mes cotisations sociales dans le cadre du dispositif d'aide Assuré ou entreprise en Difficulté.**

☞ **J'atteste sur l'honneur être informé que le plafond des aides de minimis agricole est limité à 20 000 € par exploitation au titre de l'exercice fiscal en cours et des deux derniers exercices.**

A ce titre, **je déclare** :

Ne pas avoir reçu d'autres aides « de minimis » au cours de l'exercice fiscal en cours et des deux derniers exercices fiscaux

ou

avoir reçu la somme de _____ euros dans le cadre des aides « de minimis » au cours de l'exercice fiscal en cours et des deux derniers exercices.

Si vous vous interrogez sur le montant des aides perçues à ce jour et retenues dans le calcul de ce plafond, vous pouvez contacter :

- la DDTM du département 40 au : 05.58.51.31.36

- la DDTM du département 64 au : 05.59.80.87.33 ou au 05.59.80.88.85

La liste enregistrée à la DDTM peut ne pas être exhaustive. Il convient également de se renseigner auprès d'autres autorités publiques (Direction Départementale des Finances Publiques pour les crédits d'impôts, collectivités territoriales...).

Je m'engage (nous nous engageons) à conserver ou fournir tout document permettant de vérifier l'exactitude de la présente déclaration, demandé par l'autorité compétente, pendant 10 années à compter du versement de l'aide demandée dans le présent formulaire.

Fait à _____, le _____

Signature du demandeur, du gérant en cas de forme sociétaire, de tous les associés pour les GAEC

A défaut de retour de cette attestation, nous ne pourrons donner suite à votre demande de prise en charge.