

**DOSSIER DE DEMANDE D'INDEMNISATION
POUR LE PROGRAMME
MHEC-1-2024-N / N°237 et MHED-1-2024-N / N°238**

Tous les champs sont à remplir OBLIGATOIREMENT

IDENTIFICATION DU DEMANDEUR

Civilité Madame Monsieur

Nom de naissance _____

Nom d'usage le cas échéant _____

Prénom(s) _____

IDENTIFICATION DU BÉNÉFICIAIRE

Type d'exploitation : Individuelle GAEC EARL SCEA SARL SA SCI
 Autre : _____

Nom, prénom ou raison sociale : _____

N° SIRET |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

N° PACAGE |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

EDE n°1 _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	Préciser le cas échéant :	EDE n° 2 _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
		EDE n° 3 _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

ADRESSE ET COORDONNÉES DU BÉNÉFICIAIRE

Adresse (n° voie, lieu-dit) _____

Code postal |_|_|_|_|_|_|_| **Commune** _____

Téléphone |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Téléphone portable |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Adresse électronique _____

COMPTE BANCAIRE DU BÉNÉFICIAIRE

Merci de joindre le RIB de l'exploitation ayant subi les préjudices.

INDEMNITÉS PERÇUES

Avez-vous déjà sollicité ou obtenu une aide pour les coûts et pertes que vous avez subis ?

<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/>	OUI : <input type="checkbox"/> FranceAgriMer	Montant :
		<input type="checkbox"/> État	Montant :
		<input type="checkbox"/> Aide du conseil régional ou départemental	Montant :
		<input type="checkbox"/> Assurance	Montant :
		<input type="checkbox"/> Autre, précisez :	Montant :

Si oui, veuillez joindre le/les justificatifs correspondant(s).

- **Je demande** à bénéficier d'une indemnisation par le FMSE pour les coûts et pertes subies du fait la lutte contre la maladie hémorragique épizootique entre le 01/05/2024 et le 31/08/2024 au titre du programme MHEC-1-2024-N, ou entre le 01/05/2024 et le 31/12/2024 au titre du programme MHED-1-2024-N
- **Je suis informé que je peux déposer** une seule demande d'indemnisation pour plusieurs numéros EDE foyers de MHE concernés par un même SIRET, et que le dépôt de ma demande d'indemnisation confirme la fin du foyer MHE ;
- **J'atteste sur l'honneur** l'exactitude des informations portées sur le présent formulaire et sur les pièces justificatives ;
- **J'atteste sur l'honneur** que je n'ai pas obtenu pour les mêmes préjudices une autre indemnité que celle indiquée sur le présent formulaire, ni une indemnisation de ma compagnie d'assurance. Dans le cas contraire je fournis au FMSE les documents attestant la nature et le montant de l'indemnité ou de l'aide ;
- **J'atteste** être affilié au FMSE et à sa section Ruminants ;
- **J'atteste** être une petite et moyenne entreprise opérant dans le secteur de la production agricole primaire ;
- **J'atteste** avoir connaissance du fait que pour être indemnisé je dois avoir strictement respecté la réglementation sanitaire ;
- **J'atteste** avoir pris connaissance du cahier de charges techniques précisé dans la notice d'information jointe ;
- **Je m'engage** à fournir tout document ou justificatif demandé par le FMSE ou par l'administration, à soumettre et à faciliter l'ensemble des contrôles exercés par l'administration ou par le FMSE, à permettre l'accès à mon exploitation aux autorités compétentes pour les contrôles, et à faciliter ces contrôles ;
- **Je cède** au FMSE mon droit éventuel à réparation ;
- **Je suis informé(e)** qu'en cas d'irrégularité ou de non-respect de mes engagements, le remboursement des sommes perçues sera exigé, majoré d'intérêts de retard et éventuellement de pénalités financières, sans exclure les poursuites et sanctions prévues dans les textes en vigueur ;
- **Je suis informé(e)** que l'indemnisation allouée au titre de la présente demande est versée sur la base du régime d'aide d'État n°SA107590 (2023/N) notifié à la Commission européenne et relatif aux aides aux contributions financières des fonds de mutualisation ;
- **Je suis informé(e)** qu'en application du point 112 des lignes directrices concernant les aides d'État dans les secteurs agricole et forestier et dans les zones rurales (2022/C 485/01), si mon indemnisation est d'un montant supérieur à 10 000 €, l'État publiera cette information. Dans ce cas, mes coordonnées, mon identifiant, mon type d'entreprise, ma région, mon secteur d'activité, le montant total de l'aide, la forme de l'aide, la date d'octroi de l'aide, l'objectif de l'aide et l'autorité d'octroi de l'aide seront en ligne sur un site internet consacré aux aides d'État.
- **Je suis informé(e)** que mes données personnelles présentes dans mon dossier de demande d'indemnisation seront conservées au FMSE sans transmission à des tiers autres que les services concernés par l'instruction et le contrôle de ma demande en application de la réglementation européenne.

Fait à _____ le _____

Nom, prénom et signature

*Le signataire est l'exploitant,
ou le gérant en cas de forme sociétaire,
ou **tous les associés** en cas de GAEC.*

*Chaque signataire doit indiquer son **nom et prénom***

Veillez à conserver l'original de cette déclaration pendant au moins 5 ans

**ANNEXE 1 AU DOSSIER DE DEMANDE D'INDEMNISATION
POUR LE PROGRAMME MHEC-1-2024-N / N°237 et MHED-1-2024-N / N°238**

Renseigner les champs nécessaires à votre demande d'indemnisation

Attestation des frais vétérinaires déclarés et acquittés et des animaux morts en lien avec un foyer de MHE confirmé entre le 1^{er} mai 2024 et le 31 août 2024

Le demandeur établit une annexe par cabinet vétérinaire intervenu sur l'exploitation pour réaliser des soins sur les animaux en lien direct avec la MHE.

Rappel : La visite réalisée par le vétérinaire sanitaire dans le cadre de la police sanitaire et qui a conduit à la réalisation du prélèvement pour analyse MHE ne doit pas figurer dans cette annexe car elle est prise en charge par l'État.

À REMPLIR PAR LE DEMANDEUR

Tableau n°1 : Visites vétérinaires sur l'exploitation y compris soins, médicaments curatifs administrés aux animaux malades par le vétérinaire, autopsies, euthanasies et examens complémentaires

Date de la visite vétérinaire sur l'exploitation	Numéro de la ou des factures correspondantes (surligner les lignes correspondantes sur la facture)	Montant HT des frais d'euthanasie, d'autopsies et d'examens complémentaires	Montant HT des visites et des soins administrés et médicaments délivrés en lien direct avec la MHE
MONTANT TOTAL HT			

Tableau n°2 : Le cas échéant, médicaments prescrits et délivrés par le vétérinaire en dehors des visites sur l'exploitation (*prescription hors clinique*)

Date de l'ordonnance (ne peut pas être antérieure à la date de première visite pour soins)	Nom des médicaments	Montant HT	Numéro de la ou des factures correspondantes (surligner les lignes correspondantes sur la facture)
MONTANT TOTAL HT			

Tableau n°3 : Montant total des frais vétérinaires déclarés et acquittés pour l'exploitation N°EDE

Montant HT des visites et des soins réalisés (tableau 1)	
Montant HT des médicaments délivrés en dehors des visites en exploitation (tableau 2)	
MONTANT TOTAL HT DES FRAIS VETERINAIRES	

Tableau n°4 Liste des animaux euthanasiés ou morts après soins vétérinaires pour MHE figurant sur les ordonnances de prescription émises par le cabinet vétérinaire

Date de la mort	Numéro d'identification	Espèce (croix dans la colonne correspondante)		Motif (croix dans la colonne correspondante)	
		Bovine	Ovine	Euthanasie	Mort des suites de la MHE
TOTAL					

ATTESTATION PAR LE CABINET VÉTÉRINAIRE AYANT RÉALISÉ LES SOINS DÉCLARÉS

Je soussigné Dr _____, vétérinaire de l'exploitation N° EDE _____ certifie l'exactitude des informations déclarées dans ce document concernant les informations dont j'ai connaissance* ainsi que l'acquittement des frais vétérinaires correspondants pour un montant total de € HT**.

Commentaires éventuels

Date, cachet, signature

* dans les tableaux 1, 2 et 4 rayer les frais ou informations inexactes

** le montant total à attester correspond au montant total des soins et médicaments délivrés (tableaux 3)

**ANNEXE 2 AU DOSSIER DE DEMANDE D'INDEMNISATION
POUR LE PROGRAMME MHEC-1-2024-N / N°237 et MHED-1-2024-N / N°238**

Renseigner les champs nécessaires à votre demande d'indemnisation

Attestation par l'organisme de sélection de la valeur vénale des animaux issus d'un programme de sélection dans le cadre du dispositif d'aide MHE

Je, soussignée (Nom prénom & qualité) _____ représentant l'organisme de sélection (nom de l'OS) _____, atteste la valeur des animaux suivants en application de la notice d'expertise prévue au titre du dispositif d'aide MHE :

Nom, prénom ou raison sociale de l'exploitation :

SIRET du siège de l'exploitation :

EDE de l'exploitation :

N° identification	Issu d'un programme de sélection (oui/non)	Espèce (Bovin/ovin)	Mâle reproducteur issu d'un élevage de sélection (oui/non)	Méthode retenue pour l'expertise*	Valeur vénale issue de l'expertise de l'OS (€)

* indiquer : forfait (issu du décret) ou barème (selon étude IDELE/Races de France) ou expertise (en application de l'arrêté du 30/03/2001)

Fait le

À

Signature et cachet de l'organisme de sélection