Po agricole

cosa

N°11922*01

DECLARATION DE CREATION D'UNE ENTREPRISE AGRICOLE

PERSONNE PHYSIQUE

RESERVE AU CFE I D E L N W

Déclaration n° _____

reçue le _____ **transmise le** _____

1 **Avez-vous déjà exercé une activité non salariée** ❒ **oui** ❒ **non** Si oui, rappelez votre numéro unique d'identification |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

REMPLIR DANS TOUS LES CAS les cadres n° 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 11 selon votre situation les cadres 4 bis, 9

DECLARATION RELATIVE A LA PERSONNE

2

NOM DE NAISSANCE _____

Nom d'usage _____

Prénoms _____

Pseudonyme _____

Nationalité _____ Sexe ❒ M ❒ F

Né(e) le |_|_|_|_|_|_|_|_|

Dépt. |_|_|_| Communes / Pays *si à l'étranger* _____

Domicile personnel : Rés., bât., n°, voie, lieudit _____

Code postal |_|_|_|_|_| Commune / Pays *si à l'étranger* _____

DECLARATION RELATIVE A L'EXPLOITATION

3

LIEU DE L'EXPLOITATION si différent du domicile :

rés., bât., n°, voie, lieudit _____

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

4

Date de début D'ACTIVITE |_|_|_|_|_|_|_|_|

Activité principale exercée : ne cocher qu'une seule case

- ❒ Culture céréalière
- ❒ Culture maraîchère
- ❒ Culture fruitière
- ❒ Horticulture, pépinière
- ❒ Viticulture
- ❒ Sylviculture
- ❒ Culture et élevages associés
- ❒ Pisciculture, aquaculture
- ❒ Elevage de bovins
- ❒ Elevage d'ovins
- ❒ Elevage de caprins
- ❒ Elevage de porcins
- ❒ Elevage d'équidés
- ❒ Elevage de volailles
- ❒ Autre préciser _____

En plus de cette activité, exercez-vous :

une activité viticole ❒ oui ❒ non

une activité d'élevage ❒ oui ❒ non

5

ORIGINE DE L'EXPLOITATION :

- ❒ Reprise totale d'une exploitation individuelle
- ❒ Reprise totale ou partielle d'exploitation(s) individuelle(s)
- ❒ Poursuite de l'exploitation par le conjoint
- ❒ Création (passer directement au cadre 6)
- ❒ Autre *préciser* _____

Précédent exploitant :

Numéro unique d'identification |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Si éleveur, n° IPG : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Nom de Naissance _____

Nom d'usage _____ Prénoms _____

Dénomination _____

Le cas échéant autre exploitant :

Numéro unique d'identification |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Si éleveur, n° IPG : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Nom de Naissance _____

Nom d'usage _____ Prénoms _____

Dénomination _____

4 bis

Nom de l'exploitation (le cas échéant) : _____

6

EFFECTIF SALARIE DE L'EXPLOITATION : ❒ non ❒ oui nombre |_|_|_|

Elle leur garantit un droit d'accès et de rectification pour les données les concernant auprès des organismes destinataires de ce formulaire.

DECLARATION SOCIALE

7

VOTRE N° DE SECURITE SOCIALE ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ **Etes-vous déjà connu de la MSA dans le département du lieu d'exploitation** ❒ **oui** ❒ **non**

Si vous êtes déjà connu de la MSA au titre de salarié agricole, aide familial, ayant droit, membre d'une société, ne remplir que les mentions non déjà déclarées à votre caisse. Si non, remplir l'intégralité de la déclaration sociale.

Votre régime d'assurance maladie actuel : ❒ Régime général ❒ agricole ❒ Non salarié non agricole ❒ Autre préciser _____

Organisme d'Assurance maladie choisi : ❒ MSA ❒ GAMEX Pour le dépt. 50, option supplémentaire ❒ GROUPAMA

Resterez-vous simultanément ❒ Salarié du régime général ❒ Salarié agricole ❒ Non salarié non agricole Lieu d'exercice : dépt. ☐☐☐ si à l'étranger : pays _____

❒ Retraité ❒ Pensionné d'invalidité ❒ Autre _____ indiquer l'organisme qui sert la pension _____

Avez-vous déposé une demande d'exonération de charges sociales liée à la création d'entreprise ❒ oui ❒ non

Êtes-vous bénéficiaire de la dotation jeune agriculteur ❒ oui ❒ non ❒ demande en cours

❒ **Votre conjoint demande à bénéficier du statut de conjoint collaborateur.**

Votre conjoint, ou concubin est-il couvert à titre personnel par un régime obligatoire d'assurance maladie ❒ oui ❒ non

PERSONNES DEMANDANT A BENEFICIER DE L'ASSURANCE MALADIE DU DECLARANT (ayant droit) Suite sur intercalaire(s) P0'

Nom de naissance et prénom	N° de Sécurité Sociale ou, à défaut, date, lieu de naissance et sexe	Lien de parenté	Enfant scolarisé oui	Enfant scolarisé non	Nationalité	Pour les étrangers de plus de 18 ans (sauf Union Européenne) N° du titre de séjour	Délivré à	Expirant le
			☐	☐				
			☐	☐				
			☐	☐				
			☐	☐				
			☐	☐				
			☐	☐				

OPTION(S) FISCALE(S)

8

REGIME D'IMPOSITION DES BENEFICES AGRICOLES : ❒ Forfait ❒ Régime réel simplifié, ❒ Régime réel normal,

TVA ❒ Remboursement forfaitaire agricole ❒ Franchise en base
❒ Imposition obligatoire à la TVA (régime simplifié agricole)

Option volontaire pour l'assujettissement à la TVA
❒ sur l'ensemble des opérations réalisées (option globale)
❒ sur les opérations autres que les ventes d'animaux vivants de boucherie et de charcuterie (option restreinte)

Conditions de versement de la TVA
❒ Versements d'acomptes trimestriels avec régularisation annuelle (droit commun)
❒ Option pour des déclarations trimestrielles sur la base des recettes réalisées

Certaines activités de nature agricole peuvent être imposables dans la catégorie des BIC, des BNC ou être soumises uniquement au régime général de la TVA

B.N.C : ❒ Régime spécial BNC ❒ Déclaration contrôlée

B.I.C : ❒ Micro ❒ Réel simplifié ❒ Réel normal

T.V.A : *(Régime général)* ❒ Franchise en base ❒ Réel simplifié ❒ Mini-réel ❒ Réel normal

❒ Assujetissement à la TVA en cas d'opérations imposables sur option.
❒ Option pour le dépôt d'une déclaration annuelle de régularisation portant sur l'exercice comptable.
❒ Option pour le dépôt de déclarations trimestrielles, si TVA estimée inférieure à un plafond de 4 000 €/an.

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

9 **OBSERVATIONS :**

10 ADRESSE de correspondance ❒ Domicile ❒ Lieu de l'exploitation ❒ Autre, dans ce cas préciser rés., bât., n°, voie, lieudit _____

Code Postal ☐☐☐☐☐ Commune _____

Téléphone(s) _____

Fax/e-mail _____

11 **Le présent document vaut déclaration aux services fiscaux, aux organismes de sécurité sociale, à l'INSEE, et informations le cas échéant à l'EDE et au casier viticole**
Quiconque donne, de mauvaise foi, des indications inexactes ou incomplètes s'expose à des sanctions pénales.

❒ **LE DECLARANT** *désigné au cadre 2*

❒ **LE MANDATAIRE**
nom, prénom/dénomination et adresse

Certifie l'exactitude des renseignements donnés
Fait à _____
le _____
Nombre d'intercalaires P0': _____

SIGNATURE

La loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, s'applique aux réponses faites à ce formulaire pour les personnes physiques.