

DEMANDE D'ATTRIBUTION DU SUPPLEMENT FAMILIAL DE TRAITEMENT

**DOCUMENT A RETOURNER COMPLET au bureau de gestion DPE
pour le 10 juillet 2020**

① IDENTIFICATION DE L'AGENT demandant le SFT et rémunéré par le Rectorat

NOM : NOM patronymique : Prénom : N°INSEE :

GRADE : Discipline : Etablissement d'affectation :

Adresse :

Code postal Ville : ☎

SITUATION DE FAMILLE :

➤ si vous vivez en couple : marié(e) vie maritale depuis le ____ / ____ / ____ pacsé(e) depuis le ____ / ____ / ____

➤ si vous vivez seule : célibataire séparé(e) de fait depuis le ____ / ____ / ____ veuf(ve) séparé(e) légalement divorcé(e)

② ENFANTS A CHARGE

NOM – Prénom	Date de naissance	Lien de parenté (fils, fille, neveu...)	Situation (scolaire, apprenti...)	Vit-il avec vous ?		Perçoit-il une aide au logement ?	
				OUI	NON	OUI	NON

④ Un ou plusieurs de ces enfants sont-ils nés d'une précédente union ? oui non

Dans l'affirmative, l'ex-conjoint est-il en activité dans le secteur public ou assimilé ? oui non

④ SITUATION DU PARENT RESIDANT AVEC L' AGENT DEMANDANT LE SFT

NOM: Prénom :

➤ sans activité : n'a jamais travaillé inscrit à Pôle Emploi a cessé de travailler depuis le : ____ / ____ / ____

➤ profession : nom et adresse de l'employeur

secteur privé secteur public Perçoit il le supplément familial de traitement ou un sursalaire à caractère équivalent de son employeur ? oui non

activité dans le secteur PUBLIC ou ASSIMILE : faire le choix du bénéficiaire dans la déclaration ci-dessous signée par les 2 parents et pour le parent non bénéficiaire faire remplir par son employeur l'attestation de non paiement de SFT ou d'un avantage similaire

DECLARATION SUR L'HONNEUR

La loi rend passible d'amende quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclaration (article L. 554.1 du code de la sécurité sociale).

Je soussigné(e), certifie sur l'honneur que les renseignements portés sur ce document sont exacts.

Je m'engage à signaler tout changement de situation de nature à modifier cette déclaration.

signature :

IMPORTANT : Pièces justificatives à fournir :

- ✓ copie du **livret de famille complet** ou copie de l'**acte de naissance** de(s) enfant(s).
- ✓ attestation de paiement de la caisse d'allocations familiales indiquant les enfants à charge.
- ✓ pour les **enfants de plus de 16 ans** : **certificat de scolarité ou contrat d'apprentissage**, de **formation professionnelle**, de **qualification**.
- ✓ copie **intégrale** du jugement de divorce, de séparation de corps ou d'ordonnance de non-conciliation précisant à quel conjoint est confiée la garde de(s) enfant(s), ainsi que toutes conventions auxquelles se réfèrent ces documents.
- ✓ déclaration commune de **choix du bénéficiaire** (tableau ci-dessous)
- ✓ attestation de non paiement du SFT établie par l'employeur du parent résidant avec l'agent demandant le SFT, si ce parent est agent public ou assimilé

Si **un ou plusieurs enfants sont nés d'une précédente union**, une attestation de non paiement établie par l'employeur de l'ex conjoint **pourra vous être demandée dans l'année lors d'un contrôle d'ouverture de droits.**

Déclaration commune et obligatoire de choix du bénéficiaire du supplément familial de traitement (SFT)

Dans un **couple de fonctionnaires ou d'agents publics**, le bénéficiaire du SFT est désigné d'un commun accord (décret n° 99-491 du 10 juin 1999).

CE CHOIX NE PEUT ETRE MODIFIE AU COURS DES 12 MOIS QUI SUIVENT, (sauf en cas de changement de situation familiale)

Monsieur, Madame, NOM : Prénom :

Grade : ou fonction

Est désigné(e) pour percevoir le supplément familial de traitement.

A le / /

Signatures :

Monsieur, Madame

Monsieur, Madame

Attestation de non paiement du SFT établie par l'employeur (public ou assimilé) du parent qui réside avec l'agent demandant le SFT

Administration d'Etat, Territoriale ou hospitalière Organisme public ou financé sur fonds publics (décret-loi du 29/10/1936)

autre : précisez :

Je soussigné(e) (nom, qualité)

certifie que, Monsieur, Madame,

..... employé(e) dans mes

services,

perçoit depuis le : / / * le supplément familial de traitement (indice nouveau majoré :).

* un sursalaire « à caractère familial » mensuel de : euros.

ne perçoit pas de supplément familial de traitement ou de sursalaire « à caractère familial ».

n'a pas un statut lui permettant de recevoir le supplément familial de traitement.

a cessé de percevoir cet avantage depuis le : / /

cachet de l'employeur

Fait à

....., le / /