

## ANNEXE 2 - 2019/2020

# DEMANDE D'ATTRIBUTION DU SUPPLEMENT FAMILIAL DE TRAITEMENT

**DSDEN 35**  
**DIV 1 B**  
**1, quai Dujardin**  
**Cs 73145**  
**35 031 RENNES**

*Demande à retourner à votre gestionnaire par voie postale à la DSDEN ou via I-PROF*

### ① IDENTIFICATION DE L'AGENT demandant le SFT et rémunéré par la DSDEN

NOM D'USAGE : ..... NOM DE FAMILLE : ..... Prénom : .....

N°INSEE : ..... GRADE : ..... Etablissement d'affectation : .....

Adresse : .....

Code postal ..... Ville : ..... mèl .....

#### 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 SITUATION DE L'AUTRE PARENT RESIDANT AVEC L'AGENT

NOM: ..... Prénom : .....

➤ Sans activité :  n'a jamais travaillé  inscrit à Pôle Emploi  a cessé de travailler depuis le : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

➤ En activité : 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 jointe signée par les 2 parents et pour le parent non bénéficiaire, faire remplir « l'attestation à compléter par l'employeur » ci-après.**

### ③ ENFANTS A CHARGE

NOM – Prénom	Date de naissance	Enfant de l'agent		Enfant du conjoint	Situation (scolaire, apprenti...)	Vit-il avec vous ?		Perçoit-il une aide au logement ?	
		nés de l'union actuelle	nés d'une union précédente			OUI	NON	OUI Indiquez la date de mise en paiement	NON

④ Dans le cas d'enfants nés d'une précédente union, votre (ou vos) ex-conjoint(s) exerce(nt) –t-il(s) une activité dans le secteur public ou assimilé ?  Oui  non si oui, faire remplir « l'attestation à compléter par l'employeur » ci-après.

**DECLARATION SUR L'HONNEUR** La loi rend passible d'amende quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (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.  
A ... le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20

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 (CAF) indiquant les enfants à charge à partir du 2<sup>ème</sup> enfant.
- ✓ 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**

**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 ÊTRE MODIFIÉ 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 ..... / ..... / 20

Signatures :

Monsieur, Madame

Monsieur, Madame

**Attestation à compléter par l'employeur (public ou assimilé)**

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 salaire « à caractère familial » mensuel de : ..... euros.

Ne perçoit pas de supplément familial de traitement ou de salaire « 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 : ..... / ..... / .....