

**DEMANDE D'ATTRIBUTION
DU SUPPLEMENT FAMILIAL DE TRAITEMENT (SFT)**

A - AGENT SOLLICITANT LE S.F.T.

Département d'affectation :

Madame Monsieur, (rayer la mention inutile)

NOM D' USAGE : ----- NOM DE FAMILLE : -----

Prénom : -----

N° INSEE : | | | | | | | | | | | | | | | | / | | | |

SITUATION FAMILIALE ACTUELLE:

- | | | | |
|---------------------------------------|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Célibataire | <input type="checkbox"/> Marié(e) (*) | <input type="checkbox"/> Pacsé (e)(*) | <input type="checkbox"/> en concubinage(*) |
| <input type="checkbox"/> Veuf(ve) (*) | <input type="checkbox"/> Séparé(e) (*) | <input type="checkbox"/> Divorcé(e) (*) | |

(*) préciser depuis quelle date : -----

Grade : -----

Dénomination et adresse complète du lieu d'exercice :

Conjoint (ou partenaire lié par un PACS , ou concubin)

Madame Monsieur, (rayer la mention inutile)

NOM D'USAGE : ----- NOM DE FAMILLE : -----

Prénom : -----

Situation professionnelle : -----

Depuis le : -----

Si activité professionnelle, nom et adresse de l'employeur, ou du lieu d'exercice :

si fonctionnaire ou agent public :

Grade : -----

Administration d'emploi : -----

Perçoit actuellement le supplément familial de traitement ou un sursalaire à caractère familial OUI NON

Si oui auprès de quel organisme : -----

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à la prise en charge de votre rémunération. Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004 , vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant au :

Rectorat de l'académie de Dijon - DIRH6
2 rue du général Delaborde BP 81921 -21019 DIJON CEDEX
☎ : 03 80 44 84 74 📠 : 03 80 44 86 68

B – ENFANTS VIVANTS AU FOYER ACTUEL

NOM	Prénom	Date de naissance	Qualité (2)	à charge (oui/non)	S.F.T. (3)	Situation à préciser obligatoirement (4)

(2) L = Légitime ; A = Adopté ; R = Recueilli ; N = Naturel.

(3) Le déclarant demande à percevoir (ou non) le supplément familial de traitement pour l'enfant.

(4) Scolarisé, en apprentissage, en activité professionnelle, etc ...

1 – Choix d'allocataire (pour les couples de fonctionnaires ou assimilés)

Vous êtes mariés ou vous vivez maritalement, et **vous êtes tous les deux fonctionnaires ou agents publics**, vous devez désigner d'un commun accord le bénéficiaire du supplément familial de traitement. Cette option ne peut être remise en cause qu'au terme d'un délai d'un an. (titre IV, article 10 du décret 85-1148 du 24 octobre 1985 modifié par le décret 99-491 du 10 juin 1999)

En application du texte susvisé, nous désignons d'un commun accord :

(Nom, Prénom) -----

en qualité de bénéficiaire du supplément familial de traitement.

Fait à ----- le -----

Signature du déclarant :

Signature du conjoint :

2 – Votre conjoint (ou partenaire lié par un PACS, ou concubin) exerce une activité professionnelle salariée dans le secteur privé

Vous devez faire compléter cette demande par son employeur.

Je soussigné(e) : -----

Agissant en qualité de : -----

employeur de : (Nom, Prénom) -----

depuis le : -----

déclare ne lui verser aucun supplément familial de traitement ou sursalaire à caractère familial.

déclare lui verser un supplément familial de traitement ou sursalaire à caractère familial d'un montant mensuel, annuel de : -----

Fait à ----- le -----

Cachet et Signature :

3 – Votre conjoint (ou partenaire lié par un PACS, ou concubin) exerce une activité professionnelle non salariée (profession libérale, artisan, commerçant, exploitant agricole, etc) :

il ou elle doit compléter l'attestation sur l'honneur ci-dessous.

Je soussigné(e) : -----

Exerçant la profession de -----

déclare sur l'honneur être mon propre employeur, et ne bénéficier d'aucun supplément familial de traitement ou sursalaire à caractère familial.

Fait à ----- le -----

Cachet et signature :

4 – Votre conjoint (ou partenaire lié par un PACS, ou concubin) n'exerce aucune activité professionnelle :

il ou elle doit compléter l'attestation sur l'honneur ci-dessous.

Je soussigné(e) : -----

déclare sur l'honneur n'exercer aucune activité professionnelle depuis le ----- au motif :

Mère/Père au foyer*, chômage*

Fait à ----- le -----

Signature :

* Rayer la mention inutile

C - SITUATION FAMILIALE ANTERIEURE SUSCEPTIBLE D'OUVRIR DES DROITS Ex-conjoint de l'agent sollicitant le droit au supplément familial de traitement (ou ex-partenaire lié par un PACS, ou ex-concubin) :

j'ai été marié(e) ou j'ai vécu maritalement du ----- au ----- avec :

Madame, Monsieur, (rayer la mention inutile)

NOM D' USAGE: ----- NOM DE FAMILLE : -----

Prénom : -----

adresse actuelle :

Enfants(s) issu(s) de cette union :

NOM	Prénom	Date de naissance	Qualité (2)	à charge de l'ex conjoint (oui/non)	S.F.T. (3)	Situation à préciser obligatoirement (4)

(2) L = Légitime ; A = Adopté ; R = Recueilli ; N = Naturel.

(3) Le déclarant demande à percevoir (ou non) le supplément familial de traitement pour l'enfant.

(4) Scolarisé, en apprentissage, en activité professionnelle, etc ...

Ex-conjoint (ou ex-partenaire lié par un PACS, ou ex-concubin) de votre conjoint (ou partenaire lié par un PACS, ou concubin) actuel :

j'ai été marié(e) ou j'ai vécu maritalement du ----- au -----

avec Madame, Monsieur, (rayer la mention inutile)

NOM D' USAGE: -----NOM DE FAMILLE : -----

Prénom : -----

adresse actuelle : -----

Enfants(s) issu(s) de cette union :

NOM	Prénom	Date de naissance	Qualité (1)	à charge de l'ex conjoint (oui/non)	S.F.T. (2)	Situation à préciser obligatoirement (3)

(1) L = Légitime ; A = Adopté ; R = Recueilli ; N = Naturel.

(2) Le déclarant demande à percevoir (ou non) le supplément familial de traitement pour l'enfant.

(3) Scolarisé, en apprentissage, en activité professionnelle, etc ...

D - DECLARATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e), certifie sur l'honneur que les renseignements portés sur cette demande ainsi que les documents joints sont exacts et je m'engage à signaler tout changement modifiant cette déclaration.

Fait à ----- le -----

Signature du déclarant :

La loi rend passible d'amende et ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (article L.554-1 du code de la Sécurité Sociale et article 150 du code pénal. L'organisme débiteur peut vérifier l'exactitude des déclarations qui lui sont faites (article L583.3 du code de la sécurité sociale).

PIECES JUSTIFICATIVES A FOURNIR

Pour une première demande dans le département d'affectation ou lors d'un changement de situation familiale :

- ✧ Photocopie du livret de famille
- ✧ Justificatif de la charge effective de vos enfants s'ils ont plus de 16 ans (certificat de scolarité, contrat d'apprentissage, notification des ASSEDIC ou déclaration sur l'honneur de non activité).
- ✧ Si vous êtes mariés ou vous vivez maritalement, et **vous êtes tous les deux fonctionnaires ou agents publics** : attestation de non-versement ou de cessation de paiement du S.F.T. émis par l'administration de votre conjoint ou concubin (sauf si celle-ci est direction des services départementaux de l'éducation nationale de votre département).
- ✧ Si vous êtes séparé ou divorcé : copie des actes juridiques établis par le juge aux affaires familiales concernant la garde des enfants.
- ✧ Pour justifier d'une absence de ressources ou d'activité professionnelle, vous devez fournir, la copie de la dernière carte mensuelle d'actualisation de l'ANPE, ou la copie de l'avis d'imposition ou de non-imposition faisant ressortir l'absence de ressources.