

(annexe IV-1) FORMULAIRE D'ATTRIBUTION DU SUPPLEMENT FAMILIAL DE TRAITEMENT
DECLARATION SUR L'HONNEURPersonnels : 1^{er} degré ☐2nd degré ☐Administratif / technique ☐**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'AGENT :**

NOM : PRENOM :

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

DOMICILE :

GRADE :

ETABLISSEMENT D'AFFECTATION :

SITUATION DE FAMILLE (cocher la case correspondante et joindre les pièces justificatives)☐ Marié(e) depuis le☐ Divorcé(e) depuis le☐ Pacsé(e) depuis le☐ Séparé(e) depuis le☐ Vie maritale depuis le☐ Séparé(e) de fait depuis le☐ Célibataire depuis le☐ Veuf(ve) depuis le**1 - RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE CONJOINT OU EX-CONJOINT :**☐ AGENT PUBLIC ou AGENT APPARTENANT A UN ORGANISME FINANCE A PLUS DE 50% PAR☐ L'ETAT AGENT DU SECTEUR PRIVE ou SANS EMPLOI

NOM : PRENOM :

DOMICILE (si différent de celui du bénéficiaire) :

NOM ET ADRESSE DE L'EMPLOYEUR :

Pour les personnels de l'éducation nationale :

GRADE :

ETABLISSEMENT D'AFFECTATION :

BENEFICIE-T-IL DU SUPPLEMENT FAMILIAL DE TRAITEMENT OU D'UN AVANTAGE DE MEME NATURE DE LA PART DE SON EMPLOYEUR ?OUI ☐NON ☐**2- RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES ENFANTS A CHARGE**

NOM ET PRENOM	LIEN DE PARENTE (1)	DATE DE NAISSANCE	SITUATION (2)	Perçoit-il une aide au logement ?

(1) : légitime (issu du mariage des époux ou de l'un des deux) - naturel – adopté- recueilli - enfant du conjoint ou du concubin

(2) : moins de 16 ans - collégien – lycéen – étudiant – salarié dont la rémunération ne dépasse pas 55% du SMIC – apprenti

Je soussigné(e) atteste sur l'honneur que l'ensemble des renseignements indiqués sur le présent imprimé est bien exact et sincère.

Je m'engage par ailleurs à prévenir immédiatement l'administration de tout changement intervenant dans ma situation familiale et professionnelle susceptible de modifier mes droits au Supplément Familial de Traitement, sachant que toute déclaration inexacte, incomplète ou tardive de ma part m'exposerait au remboursement des sommes indûment perçues.

Fait à le Signature :

(Annexe IV-2) **DECLARATION COMMUNE DE CHOIX DU BENEFICIAIRE EN VUE DE L'ATTRIBUTION DU SFT**
DANS LE CAS D'UN COUPLE D'AGENTS PUBLICS OU ORGANISMES FINANCES
A PLUS DE 50% PAR L'ETAT

Madame, Monsieur (1) :
est désigné(e) pour percevoir le Supplément Familial de Traitement.

(1) Rayer la mention inutile

SITUATION FAMILIALE	
<u>AGENT</u>	<u>CONJOINT (OU EX-CONJOINT)</u>
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Nationalité :	Nationalité :
Date de naissance :	Date de naissance :
N° INSEE :	N° INSEE :
Adresse :	Adresse :
Code postal :	Code postal :
Ville :	Ville :

SITUATION PROFESSIONNELLE	
<u>AGENT</u>	<u>CONJOINT (OU EX-CONJOINT)</u>
Profession (grade) :	Profession (grade) :
Nom et adresse de l'employeur :	Nom et adresse de l'employeur :
.....	
.....	
.....	

DECLARATION SUR L'HONNEUR	
Je m'engage à signaler tous les changements modifiant la présente déclaration.	
Fait à le	
Signature obligatoire de l'agent	Signature obligatoire du conjoint (ou ex-conjoint)

CACHET DE L'ADMINISTRATION OU ORGANISME DU CONJOINT (OU EX-CONJOINT) QUI ABANDONNE SON DROIT	
<u>A faire remplir obligatoirement</u>	
M. / Mme	
!perçoit le SFT depuis le	
!ne perçoit pas le SFT depuis le	
Fait à le	Cachet et Signature

(annexe IV-3) **SITUATION DE VOTRE CONJOINT(E) OU EX CONJOINT(E)
EXERCANT UNE PROFESSION RELEVANT DU SECTEUR PRIVE ou SANS EMPLOI**

Attestation sur l'honneur

Je soussigné(e), Madame, Monsieur :

NOM :

PRENOM :

Déclare que mon conjoint (e) ou ex conjoint (e)

exerce une profession relevant du secteur privé ou est sans emploi

depuis le

Je m'engage sur l'honneur à signaler tout changement modifiant la présente déclaration.

Fait à le..... Signature

(Annexe IV-4) **CESSION DU SFT A L'EX-CONJOINT(E) N'APPARTENANT PAS
A LA FONCTION PUBLIQUE**

Je soussigné(e).....demande que le supplément familial de traitement soit versé à mon ex-conjoint(e).

1- Identification de l'agent

NOM :

PRENOM :

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

GRADE:

ETABLISSEMENT D'AFFECTATION :

2- Identification de l'ex conjoint(e) ayant la charge des enfants

NOM :

PRENOM :

PROFESSION :

ADRESSE :

TELEPHONE :

Joindre le relevé d'identité bancaire (format BIC IBAN) de l'ex conjoint(e) à qui le SFT va être reversé.

Joindre un justificatif de domicile récent de l'ex conjoint(e) à qui le SFT va être reversé.

Tout changement d'adresse doit immédiatement être porté à la connaissance de votre service gestionnaire.

Concernant le ou les enfants à la charge de l'ex conjoint(e) suivant(s) :

NOM et Prénom	Date de naissance

Fait à le..... Signature

(annexe IV-5) DEMANDE DE COMPLEMENT DU SFT AU RECTORAT
DANS LE CAS D'UN COUPLE SEPRE D'AGENTS PUBLICS

Je soussigné(e).....demande à recevoir le complément de supplément familial de traitement par l'administration de mon ex-conjoint(e) (Rectorat).

1- Identification de l'agent public (qui n'a pas la garde des enfants et qui est rémunéré par le Rectorat)

NOM :
 PRENOM :
 N°INSEE : |
 GRADE :
 ETABLISSEMENT D'AFFECTATION :

2- Identification de l'ex conjoint(e) (qui a la garde des enfants et demande à recevoir le complément de SFT)

NOM :
 PRENOM :
 N°INSEE : |
 "INDICE DE REMUNERATION MAJORE (INM) : Joindre une copie de bulletin de salaire de moins de 6 mois
 PROFESSION :
 ADRESSE :
 TELEPHONE :
 NOM ET ADRESSE DE L'EMPLOYEUR :

Pour les personnels de l'éducation nationale :

GRADE :
 ETABLISSEMENT D'AFFECTATION :

Concernant le ou les enfants à la charge suivant(s) :

NOM et Prénom	Date de naissance

Fait à..... le..... Signature

(annexe IV-6) SITUATION DES ENFANTS A CHARGE AGES DE 16 ANS A 20 ANS

REPLIR UNE FICHE PAR ENFANT DE PLUS DE 16 ANS

De 16 à 20 ans, l'enfant est considéré comme à charge s'il ne perçoit pas une rémunération nette supérieure à 55% du SMIC brut, une allocation de son propre chef (ALS ou APL) ou s'il ne vit pas en couple (mariage, pacs, concubinage).

1- Identification de l'agent

NOM :

PRENOM :

N°INSEE : |

GRADE :

ETABLISSEMENT D'AFFECTATION :

2- Renseignement relatif à l'enfant à charge

NOM : PRENOM :

NE(E) LE :

3- Situation de l'enfant à charge : (cocher la case correspondant à la situation)

- ☐ Poursuivant ses études (**Rappel : cet enfant ne doit pas bénéficier d'aide au logement (APL ou ALS)**) → **Joindre un certificat de scolarité.**
- ☐ Placé en apprentissage → Joindre une copie du contrat d'apprentissage.
- ☐ En stage de formation professionnelle → Joindre une attestation de l'organisme responsable du stage de formation professionnelle indiquant la durée, le type et la rémunération.
- ☐ Infirmes, handicapé ou atteint d'une maladie chronique → Joindre une attestation indiquant que cet enfant ouvre droit à l'allocation d'éducation spéciale ou un certificat médical attestant l'état de santé de votre enfant.
- ☐ Enfant n'entrant pas dans l'une des catégories énumérées, ci-dessus, et âgé de moins de 20 ans → Joindre une attestation justifiant de sa situation.
- ☐ Enfant vivant en concubinage ou marié ou ayant conclu un pacte civil de solidarité.
Cet enfant n'est plus considéré comme étant à votre charge au sens du Code de la sécurité sociale.

Je soussigné(e), NomPrénomatteste sur l'honneur que mon

enfant: NomPrénom

né(e) le..... dont j'assume la charge de manière permanente n'exerce aucune activité professionnelle.

A NOTER : Une activité professionnelle réduite n'est pas incompatible avec le maintien du SFT dès lors que la rémunération mensuelle n'excède pas 55% du SMIC mais **vous devez fournir les bulletins de salaire de votre enfant ou avis de paiement Pôle emploi**, selon le cas.

Je certifie sur l'honneur que les renseignements portés sur ce document sont exacts. Je m'engage à faire connaître immédiatement tout changement dans la situation de mon enfant décrite ci-dessus.

Fait à le..... Signature