

Document n° 1 - DECLARATION POUR L'ATTRIBUTION DU
SUPPLEMENT FAMILIAL DE TRAITEMENT

IDENTIFICATION DE L'AGENT DEMANDEUR

Nom d'usage : Prénom :

Nom de naissance : N° Sécurité sociale :

Adresse personnelle :

Grade : Affectation : Ville :

SITUATION FAMILIALE

| | | |
|--|--|-------------------|
| Si vous vivez en couple : | Vous êtes mariés <input type="checkbox"/> Vous vivez maritalement <input type="checkbox"/> Vous êtes liés par un PACS <input type="checkbox"/> | Depuis le : |
| Identification du conjoint ou concubin : Nom : Prénom : Sécurité sociale : | | |
| Si vous vivez seul(e) : | Vous êtes célibataire <input type="checkbox"/> Vous êtes séparé(e) de fait <input type="checkbox"/> Vous êtes séparé(e) légalement <input type="checkbox"/> Vous êtes divorcé(e) <input type="checkbox"/> Vous êtes veuf (ve) <input type="checkbox"/> | Depuis le : |
| Identification de l'ex-conjoint, parent des enfants : Nom : Prénom : Sécurité sociale : Domicile : | | |

DESIGNATION DU BENEFICIAIRE

Le bénéficiaire désigné d'un commun accord est (nom, prénom) :

En cas de modification du bénéficiaire désigné ci-dessus, nous reconnaissons être informés du **délai d'un an** pendant lequel cette option ne peut pas être remise en cause.

Conformément à la circulaire DAF C3/2015 n° 97 du 11 décembre 2015 : en cas de séparation ou divorce de deux fonctionnaires avec garde alternée des enfants, le SFT est versé au parent choisi d'un commun accord ou, à défaut, au dernier attributaire du SFT lorsque les deux parents ne s'entendent pas ; en cas de séparation d'un fonctionnaire avec un non-fonctionnaire avec garde alternée des enfants, le SFT est versé au parent fonctionnaire.

A **le** (faire précéder votre signature de la mention « lu et approuvé »).

Signature de l'agent

Signature du conjoint

**Signature de l'ex conjoint,
parent des enfants**

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES ENFANTS A CHARGE DE MOINS DE 20 ANS

| NOM ET PRENOM | DATE DE NAISSANCE | LIEN DE PARENTE ^① | SITUATION ^② | VIT-IL AVEC VOUS ? | Perçoit-il l'aide au logement O/N ^③ |
|---------------|----------------------|---------------------------------|------------------------|-----------------------|--|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

① Légitime - adoptif - enfant du conjoint ou du concubin ...

② Scolaire (école-collège-lycée) – apprenti – salarié dont la rémunération nette ne dépasse pas 55% du SMIC brut

③ Si la réponse est oui, vous devez joindre l'attestation de perception de l'allocation logement.

JUSTIFICATIFS A FOURNIR EN FONCTION DE LA SITUATION DES ENFANTS

| AGE | SITUATION DE L'ENFANT | JUSTIFICATIFS |
|--|--|---|
| Pour chaque enfant, quel que soit l'âge | | - acte de naissance ou copie intégrale du livret de famille : - à partir de deux enfants : attestation CAF de versement des prestations familiales datée de moins de 3 mois (à récupérer sur ww.caf.fr) ** |
| + | | |
| Enfant moins de 16 ans | Considéré(e) comme « à charge » de droit | Aucun document supplémentaire obligatoire |
| Enfant âgé de 16 à 20 ans | Scolaire/Etudiant* | Certificat de scolarité ou contrat d'apprentissage |
| | Apprenti* | Copie du contrat d'apprentissage |
| | En stage de formation | Attestation de stage indiquant la rémunération perçue |
| | Abandon de scolarité / sans activité professionnelle | Toute attestation justifiant la situation et la charge effective de l'enfant (ex : attestation sur l'honneur du parent) |
| | Demande d'emploi ou salarié* | Attestation POLE EMPLOI (<i>adresse domicile des parents</i>) Contrat de travail et bulletins de salaire |
| | Enfant infirme, handicapé ou atteint d'une maladie chronique | Certificat médical Attestation d'allocation d'éducation spéciale |
| | Enfant vivant en concubinage ou marié ou ayant conclu un PACS | Cet enfant n'est plus considéré comme étant à charge |

* **NB :** Tout enfant percevant une allocation (APL ou ASL) de son propre chef ou une rémunération nette supérieure à 55% du SMIC n'est plus considéré comme enfant à charge.

** dans le cas d'une demande engendrant un rappel, joindre un attestation CAF couvrant toute la période de rappel (la période de rappel démarre à compter de la date de début du droit à SFT)

DECLARATION SUR L'HONNEUR **A compléter obligatoirement**

La loi punit quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (Article L.554-1 du code de la Sécurité sociale - Article 441-1 du code Pénal).

Je soussigné(e) (Prénom Nom)certifie sur l'honneur que l'ensemble des renseignements portés sur le présent imprimé est exact et sincère.

Je m'engage par ailleurs à prévenir immédiatement et par écrit, mon 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.
A, le Signature du demandeur :

MENTIONS LEGALES CNIL

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à la gestion administrative et financière en conformité avec les dispositions du Règlement Général européen sur la Protection des Données personnelles entré en application le 25 mai 2018. Vous bénéficiez d'un droit d'accès à la rectification aux informations qui vous concernent que vous pouvez exercer en vous adressant à Madame la rectrice – division de l'enseignement privé. Vous pouvez également, pour motifs légitimes, vous opposer au traitement des données qui vous concernent).

Document n° 3 - ATTESTATION A REMPLIR PAR L'EMPLOYEUR DU CONJOINT / EX.

Nom d'usage : Prénom :

Nom de naissance : Grade :

SITUATION PROFESSIONNELLE DU CONJOINT / EX. CONJOINT, PARENT DES ENFANTS

Nom : Prénom :

| | | |
|--------------------------------------|---|--|
| SANS ACTIVITE PROFESSIONNELLE | <input type="checkbox"/> inscrit au Pôle Emploi <input type="checkbox"/> a cessé de travailler depuis le <input type="checkbox"/> en congé parental (préciser les dates) Remplir l'attestation ci-contre | ATTESTATION SUR L'HONNEUR Je soussigné(e), déclare sur l'honneur n'exercer aucune activité professionnelle depuis le et, de ce fait, ne pas percevoir de supplément familial de traitement. Fait à, le Signature |
| SECTEUR PRIVE | <input type="checkbox"/> Activité salariée, profession libérale ou à domicile Remplir l'attestation ci-contre <input type="checkbox"/> Entreprise ne recevant aucune subvention publique <input type="checkbox"/> Entreprise dont le budget de fonctionnement est alimenté en permanence et pour plus de 50 % de son montant soit par des taxes fiscales ou parafiscales soit par des cotisations ou subventions publiques. | ATTESTATION SUR L'HONNEUR Je soussigné(e), déclare sur l'honneur exercer une activité non salariée –libérale- à domicile depuis le et, de ce fait, ne pas percevoir de supplément familial de traitement. Fait à, le Signature Nom et adresse de l'employeur : <i>Information complémentaire pour le secteur public, si votre conjoint(e) ou ex-conjoint(e) est agent de l'Education nationale, adressez votre attestation :</i> - à son service gestionnaire. |
| SECTEUR PUBLIC | <input type="checkbox"/> Administration de l'Etat ou Territoriale <input type="checkbox"/> Office public, établissement public à caractère administratif ou industriel et commercial <input type="checkbox"/> Autre organisme. | |

🔑 ATTESTATION A COMPLETER PAR L'EMPLOYEUR DU CONJOINT / EX-CONJOINT (SERVICE DE PAYE) *

Je soussigné(e), (Nom, Prénom, qualité du responsable)

Certifie que Monsieur ou Madame

Employé(e) en qualité de

Perçoit depuis le

- le supplément familial de traitement :

- un sursalaire « à caractère familial » :€..... au titre des enfants suivants :

| Nom - Prénom | Date de naissance |
|--------------|-------------------|
| | |
| | |
| | |
| | |

Ne perçoit pas de notre part un supplément familial de traitement ou sursalaire « à caractère familial »

A cessé de percevoir cet avantage familial depuis le

Cachet de l'employeur Fait à, le

Signature

* N.B. : Dans le cas d'une demande engendrant un rappel, l'employeur doit attester de la non-perception du SFT ou de tout autre prestation pour toute la période (à compter de la date de début du droit à SFT).