

SUPPLEMENT FAMILIAL DE TRAITEMENT

DOSSIER DE PRISE EN CHARGE

NOM..... Prénom

NOM patronymique :

N° d'INSEE (avec clé) : /_/ /_

:

Etablissement

.....

P.E titulaire P.E Stagiaire P.E contractuel A.E.S.H.

Pour nous permettre d'examiner vos droits éventuels au supplément familial de traitement, dont les conditions d'attribution sont fixées par le décret 85-1148 du 24/10/1985 modifié, vous voudrez bien faire parvenir, à votre service de gestion, les documents suivants :

Copie intégrale du livret de famille

Attestation ci-jointe (en fonction de votre situation)

Choix de l'allocataire

Toutes pièces justifiant de votre situation familiale (jugement d'adoption, de divorce, décision du tribunal fixant la résidence des enfants...)

Attestation de paiement de la CAF (pour 2 enfants ou plus)

Certificat de scolarité *le cas échéant*

VOTRE SITUATION

Si vous vivez seul(e),
il vous appartient de compléter
l'attestation n° 1

En cas de divorce ou de séparation, veuillez
fournir la photocopie du jugement vous confiant
la garde de(s) l'enfant(s).

VOTRE SITUATION

Si vous vivez maritalement, il vous appartient
de faire compléter l'attestation n° 2 ou 3

Si vous avez eu un ou des enfants d'une
précédente union, veuillez fournir la photocopie
du jugement vous confiant la garde de(s)
l'enfant(s).

VOTRE SITUATION

Si vous êtes divorcé(e) ou séparé(e) et n'avez
pas la garde de(s) l'enfant(s), le supplément
familial de traitement peut être versé à l'autre parent, (ex-)conjoint(e)
il vous appartient de compléter
l'attestation n° 4

Le supplément familial de traitement est un élément de traitement à caractère familial, ouvert en fonction du nombre d'enfants à charge, à raison d'un seul droit par enfant.

Il n'est pas cumulable avec un avantage de même nature servi par l'employeur du conjoint.

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration (art. L554-1 du code de la Sécurité Sociale)

CE DOSSIER EST À RETOURNER À VOTRE SERVICE DE GESTION

DSDEN 92 / D1D

167/177 AVENUE JOLIOT CURIE

92013 NANTERRE CEDEX

Dossier de prise en charge de SFT concernant : NOM.....Prénom.....

Grade :

N° d'INSEE (avec clé) : /

ATTESTATION N° 1

ATTESTATION SUR L'HONNEUR DE VIE NON MARIÉ

Je soussigné(e)..... déclare sur l'honneur vivre seul(e) et élever seul(e) mon (ou mes) enfant(s) depuis le

Enfant(s) à charge :

- -
- -

Je m'engage à avertir immédiatement mon service de gestion de tout changement dans ma situation familiale.

Fait à, le

Signature

ATTESTATION N° 2

ATTESTATION SUR L'HONNEUR à compléter par le 2^{ème} parent

Je soussigné(e)
déclare sur l'honneur :

- n'exercer aucune activité professionnelle depuis le
⇒ Veuillez fournir une copie de l'avis d'imposition faisant apparaître votre absence de ressources, un historique de Pôle Emploi, et/ou la copie de la carte d'étudiant, etc...
- être artisan, commerçant ou exploitant agricole, exercer une activité libérale en qualité de depuis le
⇒ Veuillez apposer votre tampon professionnel auprès de votre signature et joindre la copie de votre inscription au registre du commerce ou autre, le cas échéant.

et, de ce fait, ne pas percevoir de supplément familial de traitement.

Tout changement de ma situation professionnelle devra être communiquée au service gestionnaire qui verse le SFT à mon (ex-)conjoint(e)

Fait à, le
Signature

ATTESTATION N° 3

CERTIFICAT DE L'EMPLOYEUR du 2^{ème} parent

Je soussigné(e) :

Fonction exercée :

Nom de la société ou raison sociale :

Certifie que Madame, Monsieur ⁽¹⁾

employé(e) en qualité de :

depuis le :

ne perçoit pas de supplément familial de traitement ou quel qu'autre avantage à caractère familial au titre des enfants à charge (complément, sur-salaire...)

perçoit un supplément familial de traitement ou quelque'autre avantage à caractère familial au titre des enfants à charge d'un montant de depuis le concernant le ou les enfant(s) suivant(s) :

- -
- -

Fait à, le

Cachet de l'entreprise

Signature

(1) Rayer la mention inutile

Si le (ex-)conjoint(e) est rémunéré(e) par une administration, veuillez préciser :

- son grade.....
- sa discipline :
- son lieu d'exercice :

Dossier de prise en charge de SFT concernant : NOM.....Prénom.....

Grade :

N° d'INSEE (avec clé) : /

ATTESTATION N° 4

REVERSEMENT DU SFT AU 2^{ème} PARENT, EX-CONJOINT(E)
(cession)

Votre identification

NOM

Prénom

Grade Discipline

Etablissement d'affectation

.....

Identification du bénéficiaire du Supplément familial de traitement

NOM

Prénom

Profession

Employeur

Adresse

.....

Téléphone

Grade Discipline

Inscrire le(s) nom(s) et prénom(s) de(s) l'enfant(s)

.....

.....

Joindre un relevé d'identité bancaire de l'ex-conjoint(e)

Fait à, le

Signature

Dossier de prise en charge de SFT concernant : NOM.....Prénom.....

Grade :

N° d'INSEE (avec clé) : /

CHOIX DE L'ALLOCATAIRE DU SUPPLEMENT FAMILIAL DE TRAITEMENT

CHOIX DE L'ALLOCATAIRE

Vous pouvez choisir lequel d'entre vous sera l'allocataire, c'est-à-dire celui au nom duquel sera ouvert le dossier. Ce choix est valable pour au moins une année, sauf en cas de séparation ou décès.

ALLOCATAIRE

M. Mme NOM - Prénom NOM patronymique :

Adresse :

.....Tél. :

N° INSEE :

Profession :

EMPLOYEUR (Nom et adresse) :

..... depuis le :

2ème PARENT, (EX-)CONJOINT(E)

M. Mme NOM - Prénom NOM patronymique :

Adresse :

.....Tél. :

N° INSEE :

Profession :

EMPLOYEUR (Nom et adresse) :

..... depuis le :

SITUATION FAMILIALE

Si vous vivez en couple :	vous êtes mariés <input type="checkbox"/>	depuis le :
	vous vivez maritalement <input type="checkbox"/>	
	vous êtes liés par un PACS <input type="checkbox"/>	
Si vous vivez seul(e) :	vous êtes célibataire <input type="checkbox"/>	depuis le :
	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"/>	

SITUATION DES ENFANTS

NOM Prénom	Lien de parenté (fils, fille, etc.)	Date de naissance	Situation (élève, apprenti)	Est-il à votre charge ?

DECLARATION SUR L'HONNEUR (à signer par les 2 parties)

Je certifie sur l'honneur que les renseignements portés sur cette demande sont exacts, que je ne reçois pas de supplément familial de traitement et que je n'en ai pas demandé à un autre organisme.

Je m'engage à signaler immédiatement à mon service de gestion tous les changements modifiant cette déclaration.

A, le

SIGNATURES M..... M.....