

DEMANDE INITIALE D'ATTRIBUTION DU SUPPLÉMENT FAMILIAL DE TRAITEMENT

1 – RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE BÉNÉFICIAIRE :

NOM D'USAGE : NOM DE NAISSANCE :
 PRÉNOM : N° INSEE (S.S.) :
 DOMICILE :
 GRADE ET DISCIPLINE :
 ÉTABLISSEMENT D'AFFECTATION :

SITUATION DE FAMILLE (cocher la case correspondante et **joindre le justificatif correspondant le cas échéant**)

Célibataire Marié Pacsé Vie maritale Divorcé(e) Séparé(e) légalement Séparé(e) de fait Veuf/veuve

Depuis le :

2- ENFANTS À CHARGE :

NOM et PRENOM	Lien de parenté <i>Légitime / naturel / adopté / enfant du conjoint ou concubin</i>	Date de naissance	Situation <i>Scolarisé / Etudiant/ Apprenti / Salarié percevant moins de 55% du SMIC (1)</i>	L'enfant est-il à votre charge (à votre domicile) Oui/Non/alternée (2)	Préciser le nom de l'autre parent si ce dernier n'est pas le conjoint actuel

(1) Si oui, mon enfant ne doit pas percevoir des prestations du type allocation de logement pour 2019-2020 (APL, ALF ou ALS)

(2) Compléter l'annexe 1 pour chaque enfant de plus de 16 ans

3 - RENSEIGNEMENTS CONCERNANT VOTE CONJOINT :

- Agent public
Préciser l'administration :
- Salarié n'appartenant pas à la fonction publique
- Sans activité ou exerçant une activité non salariée

NOM D'USAGE : NOM DE NAISSANCE :

PRENOM :

NOM ET ADRESSE DE L'EMPLOYEUR :

.....

4 - RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'AUTRE PARENT si ce dernier n'est pas le conjoint actuel (le cas échéant les attestations doivent également être complétées par l'autre parent) :

- Agent public
Préciser l'administration :
- Salarié n'appartenant pas à la fonction publique
- Sans activité ou exerçant une activité non salariée

NOM D'USAGE : NOM DE NAISSANCE :

PRENOM :

NOM ET ADRESSE DE L'EMPLOYEUR :

.....

Perçoit-il le supplément familial de traitement au titre des enfants dont il est le parent ? Oui Non

DECLARATION COMMUNE DU CHOIX D'ALLOCATAIRE DU SFT (COUPLE D'AGENTS PUBLICS)

Madame, Monsieur (1) est désigné(e) pour ouvrir le droit au Supplément familial de traitement à compter du

(1) *Rayer la mention inutile*

<u>AGENT</u>	<u>CONJOINT qui renonce au bénéfice du SFT</u>
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Grade et discipline :	Profession :
ATTESTATION DE L'EMPLOYEUR PUBLIC DU CONJOINT NON BENEFICIAIRE	
Nom et adresse de l'employeur :	
J'atteste par la présente <u>ne pas verser</u> le SFT ou un avantage de même nature à	
Date de cessation du versement, le cas échéant :	
(Nom et qualité du signataire)	
Fait à.....	
Le	

ATTESTATION DE NON PERCEPTION DU SFT PAR LE CONJOINT OU EX-CONJOINT

ATTESTATION SUR L'HONNEUR	
Du conjoint ou ex-conjoint qui n'exerce pas d'activité professionnelle ou exerce une profession libérale ou à domicile	Date :
Je soussigné(e) Mme, M certifie sur l'honneur :	Signature du conjoint :
<input type="checkbox"/> n'exercer aucune activité professionnelle	
<input type="checkbox"/> être en congé parental (<i>préciser les dates</i>) :	
<input type="checkbox"/> exercer une profession libérale (<i>préciser laquelle</i>) :	
<input type="checkbox"/> autre (<i>à préciser</i>) :	

ATTESTATION EMPLOYEUR	
Du conjoint ou ex-conjoint qui exerce une activité professionnelle dans le secteur privé	Date :
Nom et adresse de l'employeur :	Cachet et Signature de l'employeur :
certifie que M/Mme est employé(e) depuis le	
et ne perçoit pas le SFT ou un avantage de même nature versé par mes soins.	

Je certifie l'exactitude des informations indiquées dans le présent formulaire et je m'engage à signaler immédiatement à l'administration tout changement intervenant dans ma situation familiale ou professionnelle susceptible de modifier mes droits au SFT. Toute déclaration inexacte, incomplète ou tardive de ma part m'expose au remboursement des sommes indûment perçues.

À le Signature :

NB : à partir de 2 enfants et plus, joindre obligatoirement l'attestation CAF de perception des prestations familiales