ACADÉMIE DE VERSAILLES
Liberté
Égalité
Fraternité

Direction des services départementaux
de l'éducation nationale
du Val-d'Oise

DOSSIER SUPPLEMENT FAMILIAL DE TRAITEMENT

NOM.....Prénom
…….....
NOM patronymique : ……
N° d'INSEE (avec clé) : /__/ /_____/ /_____/ /_____/ /_____/ /_____/ /_____/
Grade : ..... Discipline : .....
Etablissement .....
……

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 A RETOURNER A VOTRE GESTIONNAIRE (cf annexe 2)
DSDEN DU VAL D'OISE Division de la gestion individuelle
Immeuble le président 2A avenue des Arpents 95525 CERGY PONTOISE 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 MARITALE

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

Dossier de prise en charge de SFT concernant : NOM …….. Prénom ……
Grade : ……
N° d'INSEE (avec clé) : /_/ /_____/ /_____/ /_____/ /_____/ /_____/ /_____/

ATTESTATION N° 2

ATTESTATION SUR L'HONNEUR à compléter par le 2ème 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

Dossier de prise en charge de SFT concernant : NOM …….. Prénom ……
Grade : ……
N° d'INSEE (avec clé) : /__/ /_____/ /_____/ /_____/ /_____/ /_____/ /_____/

ATTESTATION N° 3

CERTIFICAT DE L'EMPLOYEUR du 2ème 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 quelqu'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 2ème 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 .....☐ vous vivez maritalement.....☐ vous êtes liés par un PACS.....☐	depuis le : .....
Si vous vivez seul(e) :	vous êtes célibataire.....☐ vous êtes séparé(e) de fait.....☐ vous êtes séparé(e) légalement .....☐ vous êtes divorcé(e).....☐ vous êtes veuf(ve).....☐	depuis le : .....

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……..

ACADÉMIE DE VERSAILLES
Liberté
Égalité
Fraternité

Direction des services départementaux
de l'éducation nationale
du Val-d'Oise

SITUATION DES ENFANTS AGES DE PLUS DE 16 ANS
CONTROLE DE LA SCOLARITE

Attributaire du supplément familial de traitement.

NOM : ..... PRENOM : .....

ADRESSE : .....

Grade : ..... Discipline : .....
Etablissement d'affectation : .... Ville : ..... .

Renseignement relatif à l'enfant à charge :

NOM : ..... PRENOM : .....

Né(e) le : .....

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

☐ Placé en apprentissage → Joindre la photocopie du contrat d'apprentissage.

☐ En stage de formation professionnelle → Joindre une attestation de l'organisme responsable du stage de formation professionnelle.

☐ Poursuivant ses études **(Rappel : cet enfant ne doit pas bénéficier d'aide au logement (APL ou ALS))** → Joindre un certificat de scolarité.

☐ Infirme, handicapé ou atteint d'une maladie chronique → Joindre impérativement une attestation indiquant que cet enfant ouvre droit à l'allocation d'éducation spéciale et un certificat médical attestant l'état de santé de votre enfant.

☐ Enfant n'entrant pas dans l'une des catégories énumérées, ci-dessus, et agé de moins de 20 ans.

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 Assedic, selon le cas.

Je soussigné(e), Nom ..... Prénom .....
atteste sur l'honneur que mon enfant : Nom ..... Prénom .....
né(e) le ..... à.....
dont j'assure la charge de manière permanente, n'exerce aucune activité professionnelle dont la rémunération excède 55% du SMIC.
A ..... , le .....

Signature :

DECLARATION SUR L'HONNEUR *A compléter obligatoirement*

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

A ..... LE.....SIGNATURE :

MENTIONS LEGALES CNIL

La DSDEN du Val-d'Oise
« Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à répertorier les bénéficiaires du SFT et à programmer son versement. Les destinataires des données sont le service de la DGI de la DSDEN
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 service de la DGI à la DSDEN du Val-d'Oise
Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.