

**DEMANDE DE SUPPLEMENT FAMILIAL DE TRAITEMENT
Dans le cadre d'une première demande ou du contrôle annuel**

Cette demande doit être retournée, dûment remplie, datée et signée, accompagnée de:

- une **copie du livret de famille**, et de **tout document relatif à la situation familiale** (ordonnance de non-conciliation, jugement de divorce, attestation de vie en concubinage, attestation sur l'honneur de vie non-maritale, etc...)
- **l'attestation ci-dessous de non-versement du SFT** établie par l'employeur de votre conjoint ou concubin
- un **certificat de scolarité** pour les enfants de **plus de 16 ans** poursuivant des études
- une **attestation de paiement de la CAF** pour 2 enfants ou +

A compléter et retourner selon les cas:

Annexe n° 1	Si votre conjoint(e) ou ex-conjoint(e) est salarié dans le secteur privé ou fonctionnaire
Annexe n° 2	Si votre conjoint(e) ou ex-conjoint(e) exerce une activité libérale ou est artisan (à son compte) ou commerçant (à son compte) ou exploitant agricole (à son compte) ou bien n'exerce aucune activité professionnelle
Annexe n° 3	Si vous vivez seul(e).
Annexe n° 4	Si vos enfants ne vivent pas à votre domicile.

M. ou Mme

NOM et PRENOM :

ADRESSE :

TELEPHONE :
NOM ET ADRESSE DE L'EMPLOYEUR

N° INSEE :

PROFESSION :

Employé(e) depuis le :

.....

.....

.....

CONJOINT

NOM et PRENOM :

ADRESSE :

TELEPHONE :
NOM ET ADRESSE DE L'EMPLOYEUR

N° INSEE :

PROFESSION

Employé(e) depuis le :

.....

.....

.....

CHOIX DE L'ALLOCATAIRE:

Si vous vivez en couple (fonctionnaires), vous pouvez choisir lequel d'entre vous sera l'allocataire, c'est-à-dire celui au nom duquel sera ouvert votre dossier. Ce choix est valable pour au moins une année, sauf en cas de séparation, abandon, divorce ou décès.

A signaler impérativement :

L'allocataire sera : NomPrénom.....

Joindre au présent document l'attestation n°1 ou n°2 selon le cas, de non perception du supplément familial de traitement par le conjoint non allocataire.

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"/>	<u>Fournir :</u> Copie livret de famille Attestation sur l'honneur de vie maritale Copie du certificat de PACS	depuis le
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"/>	<u>Fournir :</u> Acte de naissance copie intégrale Attestation (N°3) sur l'honneur de vie non maritale Copie du jugement de séparation Copie du jugement de divorce Copie livret de famille avec la mention « veuf(ve) »	depuis le

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES ENFANTS A CHARGE

NOM ET PRENOM	LIEN DE PARENTE (1)	DATE DE NAISSANCE	SITUATION(2)

(1) : adoptif- enfant du conjoint ou du concubin

(2) : étudiant – lycéen – collégien – salarié dont la rémunération ne dépasse pas 55% du SMIC – apprenti – scolarisé

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.

Signatures des deux parents

SITUATION DES ENFANTS AGES DE PLUS DE 16 ANS

① Attributaire du supplément familial de traitement.

NOM : PRENOM :

ADRESSE :

Grade : Discipline :

Etablissement d'affectation : Ville :

② Renseignement relatif à l'enfant à charge :

NOM : PRENOM :

Né(e) le :

③ 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.

Infirmes, 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'assume la charge de manière permanente, n'exerce aucune activité professionnelle dont la rémunération excède 55% du SMIC.

A , le

Signature :

④ **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 D1D, 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.

ANNEXE N°1 : ATTESTATION A REMPLIR PAR L'EMPLOYEUR DU CONJOINT ET/OU DU PERE DE L'ENFANT

Identification de l'agent/ du salarié

NOM :PRENOM :.....
 N°INSEE :.....GRADE :.....
 ADMINISTRATION, LIEU D'EXERCICE / ENTREPRISE

A remplir par l'employeur du conjoint

Je soussigné, (Nom, Prénom, qualité).....

Certifie que Monsieur Madame (1).....

Employé (e) en qualité de.....

(2) **perçoit** de notre part un supplément familial de traitement **DEPUIS LE**

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

NOM et PRENOM	Date de naissance

(2) **ne perçoit pas** de notre part un supplément familial de traitement **DEPUIS LE**

Le présent formulaire est destiné à la Direction des Services Départementaux de l'Education Nationale du Val-d'Oise - Division du 1^{er} degré

Cachet de l'autorité
délivrante l'attestation

Fait à

Le

Signature

(1) Rayer la mention inutile
 (2) Cocher la case intéressée

Si le conjoint est rémunéré par une administration, veuillez préciser :

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

ANNEXE N° 2 – ATTESTATION D'ACTIVITE NON SALARIEE

(Attestation à remplir par votre conjoint(e) ou ex-conjoint(e))

Je soussigné(e) Madame, Monsieur (1).....déclare
sur l'honneur :

- exercer une activité libérale en qualité de.....
depuis le

(**Veillez apposer votre tampon professionnel** auprès de votre signature).

- être artisan, commerçant ou exploitant agricole depuis le et, de ce fait, ne
pas percevoir de supplément familial de traitement

(**Veillez apposer votre tampon professionnel** auprès de votre signature et produire une
copie de votre inscription au registre du commerce ou autre (selon le cas)).

- n'exercer aucune activité professionnelle depuis le et m'engage à avertir
le service gestionnaire de mon conjoint(e) ou concubin(e) de tout changement de ma
situation professionnelle.

➤ **Veillez fournir obligatoirement les documents correspondants à votre situation:**

- **étudiant** : une copie de la carte d'étudiant.
- **père/mère au foyer** : une copie de l'avis d'imposition faisant apparaître votre absence de
ressources.
- **en congé parental** : un document de votre employeur attestant votre situation.
- **au chômage** : une copie de l'avis d'imposition faisant apparaître vos ressources (ou absence de
ressources) et un historique de Pôle Emploi.
- **retraité** : une copie de votre arrêté de mise à la retraite ou un relevé de pension.
- **dans une situation autre que celles énumérées** : fournir tout justificatif officiel.

Fait à, le

Signature,

ANNEXE N° 3 – ATTESTATION DE VIE NON MARITALE

(à remplir si vous vivez seul(e))

Je soussigné(e) Madame, Monsieur (1)

- déclare sur l'honneur vivre seul(e) (ni marié(e), ni en concubinage, ni sous le régime du PACS)
et élever seul(e) mon (ou mes) enfant(s) depuis le

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

.....

.....

.....

- 1. Faire remplir l'attestation 1 ou 2 par votre ex-conjoint(e) ou à défaut, veuillez me communiquer ses nom, prénom et adresse et employeur**

et,

- n'avoir plus aucun contact avec le père de mon (mes) enfants(1)

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

Fait à,

le

Signature,

(1) Rayer la mention inutile

**ANNEXE N° 4 - REVERSEMENT DU SFT A L'EX-CONJOINT(E) OU
CONCUBIN(E)**

- Si vos enfants ne vivent pas à votre domicile -

**(Joindre un relevé d'identité bancaire de l'ex-conjoint(e) ou concubin(e) ainsi qu'une
décision du tribunal mentionnant la résidence de vos enfants chez celui-ci (ou celle-ci))**

Nom et prénom du bénéficiaire :

.....

Fait à,

le.....

Signature,

Dans tous les cas, veuillez préciser concernant votre conjoint(e) ou votre ex-conjoint(e) ou
concubin(e) :

Nom :

Prénom

Profession :

Grade :

Discipline :

Lieu d'exercice :

Adresse :

Téléphone :