

SUPPLEMENT FAMILIAL DE TRAITEMENT

DOSSIER DE PRISE EN CHARGE

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 AU SERVICE DE LA GESTION INDIVIDUELLE

DSDEN du Val d'Oise
Immeuble le Président
2A avenue des Arpents
95525 OSNY

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 2^{ème} parent

Je soussigné(e)
déclare sur l'honneur :

- n'exercer aucune activité professionnelle depuis le
⇒ *Veillez 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
⇒ *Veillez 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 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 :

2^{ème} 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"/> vous vivez maritalement <input type="checkbox"/> vous êtes liés par un PACS <input type="checkbox"/>	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"/>	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.....