

**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° 3**

**CERTIFICAT DE L'EMPLOYEUR du 2<sup>ème</sup> 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<sup>ème</sup> 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*

