

DOSSIER DE PRISE EN CHARGE POUR UNE PREMIERE DEMANDE OU UN CHANGEMENT DE SITUATION

NOM..... Prénom

NOM patronymique:

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, la garde alternée...)
 - **Attestation de paiement de la CAF** de moins de 3 mois (pour 2 enfants ou plus)
(Un historique de paiement doit couvrir toute la période souhaitée lorsque la demande de SFT est effectuée rétroactivement)
 - **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 en couple, il vous appartient de compléter **l'attestation n° 2**.

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-)conjoints(e).

Il vous appartient, dans ce cas, de compléter ***l'attestation n° 3***

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 possible 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 à retourner complet à :

DSDEN du Val d'Oise
Service de la gestion individuelle

Service de la gestion individuelle
(Préciser le nom de votre gestionnaire ou du service de gestion)

16 rue des Gémeaux
95800 CERGY

ANNEXE 7 – SUPPLÉMENT FAMILIAL DE TRAITEMENT

Première demande ou changement de situation

Dossier de prise en charge de SFT concernant : NOM Prénom

Grade:

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 :

-

-

En garde alternée (cocher le cas échéant)

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

Fait à, le

Signature

ANNEXE 7 – SUPPLÉMENT FAMILIAL DE TRAITEMENT

Première demande ou changement de situation

Dossier de prise en charge de SFT concernant : NOM Prénom

Grade:

N° d'INSEE (avec clé): |---|---|---|---|---|---|---|---|

ATTESTATION N° 2

ATTESTATION SUR L'HONNEUR A COMPLETER PAR L'ENSEIGNANT(E)

Je soussigné(e)

déclare sur l'honneur que mon (ex)conjoint/(ex)concubin/(ex)partenaire de PACS :

- exerce une profession relevant du privé depuis le
 - est sans emploi depuis le

et, de ce fait, ne perçoit pas de supplément familial de traitement.

- exerce une activité dans la fonction publique et ne perçoit pas de supplément familial de traitement ou quel qu'autre avantage à caractère familial au titre des enfants à charge (complément, sursalaire...)

Tout changement de la situation professionnelle de mon (ex)conjoint / (ex)concubin / (ex)partenaire de PACS devra être communiqué à mon service gestionnaire.

Fait à, le

Signature

ANNEXE 7 – SUPPLÉMENT FAMILIAL DE TRAITEMENT

Première demande ou changement de situation

Dossier de prise en charge de SFT concernant : NOM Prénom

Grade:

N° d'INSEE (avec clé) : / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____

ATTESTATION N° 3

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 :

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):

SITUATION FAMILIALE		
Si vous vivez en couple :	vous êtes mariés <input type="checkbox"/> vous vivez maritalement (concubinage) <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 ?

En garde alternée (cocher le cas échéant) (cf. article 11bis du décret 85-1148 du 24/10/1985 modifié)

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.....