

## FORMULAIRE DE DEMANDE INITIALE D'ATTRIBUTION DU SUPPLÉMENT FAMILIAL DE TRAITEMENT

### 1 – RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE BÉNÉFICIAIRE :

NOM D'USAGE : ..... NOM DE NAISSANCE : .....  
 PRÉNOM : ..... N° INSEE (S.S.) : .....  
 DOMICILE : .....  
 GRADE ET DISCIPLINE : .....  
 ÉTABLISSEMENT D'AFFECTATION : .....

**SITUATION DE FAMILLE** (cocher la case correspondante et **joindre le justificatif correspondant le cas échéant**)

Célibataire  Marié  Pacsé  Vie maritale  Divorcé(e)  Séparé(e) légalement  Séparé(e) de fait  Veuf/veuve

Depuis le : .....

### 2- ENFANTS À CHARGE :

| NOM et PRENOM | Lien de parenté<br><i>Légitime / naturel /<br/>adopté / enfant du<br/>conjoint ou concubin</i> | Date de<br>naissance | Situation<br><i>Scolarisé / Etudiant/<br/>Apprenti / Salarié<br/>percevant moins de<br/>55% du SMIC (1)</i> | L'enfant est-il à votre<br>charge (à votre<br>domicile)<br>Oui/Non/alternée (2) | Préciser le nom de l'autre<br>parent si ce dernier n'est pas<br>le conjoint actuel |
|---------------|--|----------------------|---|---|--|
|               |  |                      |   |   |  |
|               |  |                      |   |   |  |
|               |  |                      |   |   |  |
|               |  |                      |   |   |  |
|               |  |                      |   |   |  |

- (1) Si oui, mon enfant ne doit pas percevoir des prestations du type allocation de logement pour l'année scolaire en cours (APL, ALF ou ALS)  
 (2) Compléter l'annexe 1 pour chaque enfant de plus de 16 ans

### 3 - RENSEIGNEMENTS CONCERNANT VOTRE CONJOINT :

- Agent public  
*Préciser l'administration : .....*  
 Salarié n'appartenant pas à la fonction publique  
 Sans activité ou exerçant une activité non salariée

NOM D'USAGE : ..... NOM DE NAISSANCE : .....  
 PRENOM : .....  
 NOM ET ADRESSE DE L'EMPLOYEUR : .....  
 .....

### 4 - RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'AUTRE PARENT si ce dernier n'est pas le conjoint actuel (le cas échéant les attestations doivent également être complétées par l'autre parent) :

- Agent public  
*Préciser l'administration : .....*  
 Salarié n'appartenant pas à la fonction publique  
 Sans activité ou exerçant une activité non salariée

NOM D'USAGE : ..... NOM DE NAISSANCE : .....  
 PRENOM : .....  
 NOM ET ADRESSE DE L'EMPLOYEUR : .....  
 .....

Perçoit-il le supplément familial de traitement au titre des enfants dont il est le parent ?  Oui  Non

## DECLARATION COMMUNE DU CHOIX D'ALLOCATAIRE DU SFT (COUPLE D'AGENTS PUBLICS)

Madame, Monsieur (1) ..... est désigné(e) pour ouvrir le droit au Supplément familial de traitement à compter du .....

(1) *Rayer la mention inutile*

| <u>AGENT</u>  | <u>CONJOINT qui renonce au bénéfice du SFT</u> |
|---|--|
| Nom : .....   | Nom : .....                                    |
| Prénom : .....  | Prénom : .....                                 |
| Grade et discipline : .....   | Profession : .....                             |
| <b>ATTESTATION DE L'EMPLOYEUR PUBLIC DU CONJOINT NON BENEFICIAIRE</b>                       |  |
| Nom et adresse de l'employeur : .....   |  |
| J'atteste par la présente <u>ne pas verser</u> le SFT ou un avantage de même nature à ..... |  |
| Date de cessation du versement, le cas échéant : .....                                      |  |
| (Nom et qualité du signataire)  |  |
| Fait à.....   |  |
| Le .....  |  |

## ATTESTATION DE NON PERCEPTION DU SFT PAR LE CONJOINT OU EX-CONJOINT

| <b>ATTESTATION SUR L'HONNEUR</b>   |                         |
|--|-------------------------|
| Du conjoint ou ex-conjoint qui n'exerce pas d'activité professionnelle ou exerce une profession libérale ou à domicile | Date :                  |
|  | Signature du conjoint : |
| Je soussigné(e) Mme, M ..... certifie sur l'honneur :  |                         |
| <input type="checkbox"/> n'exercer aucune activité professionnelle   |                         |
| <input type="checkbox"/> être en congé parental ( <i>préciser les dates</i> ) : .....                                  |                         |
| <input type="checkbox"/> exercer une profession libérale ( <i>préciser laquelle</i> ) : .....                          |                         |
| <input type="checkbox"/> autre ( <i>à préciser</i> ) : .....   |                         |

| <b>ATTESTATION EMPLOYEUR</b>   |                                      |
|--|--------------------------------------|
| Du conjoint ou ex-conjoint qui exerce une activité professionnelle dans le secteur privé | Date :                               |
|  | Cachet et Signature de l'employeur : |
| Nom et adresse de l'employeur : .....  |                                      |
| certifie que M/Mme ..... est employé(e) depuis le .....                                  |                                      |
| <b>et ne perçoit pas le SFT ou un avantage de même nature versé par mes soins.</b>       |                                      |

Je certifie l'exactitude des informations indiquées dans le présent formulaire et je m'engage à signaler immédiatement à l'administration tout changement intervenant dans ma situation familiale ou professionnelle susceptible de modifier mes droits au SFT. Toute déclaration inexacte, incomplète ou tardive de ma part m'expose au remboursement des sommes indûment perçues.

À ..... le ..... Signature :

**NB : à partir de 2 enfants et plus, joindre obligatoirement l'attestation CAF de perception des prestations familiales**