

CONTROLE ET SUIVI DU SUPPLÉMENT FAMILIAL DE TRAITEMENT

Document à compléter et à adresser pour le **12 novembre 2021**

⇒ à la DSDEN de Moselle Division des écoles BP31044 57036 Metz cedex 1

☐ Je perçois le SFT et ma situation n'a pas changé depuis l'année scolaire 2020-2021	→ retourner le présent formulaire dûment complété et signé accompagné de l'attestation CAF du mois de septembre 2021 (dès 2 enfants et plus) → pour les enfants âgés de plus de 16 ans ou atteignant 16 au cours de l'année 2021-2022, joindre obligatoirement un justificatif (certificat de scolarité, contrat d'apprentissage, bulletin de salaire...)
☐ Je perçois le SFT et ma situation familiale a changé depuis l'année scolaire 2020-2021	→ retourner le présent formulaire dûment complété et signé accompagné de l'attestation CAF du mois de septembre 2021 (dès 2 enfants et plus) → pour les enfants âgés de plus de 16 ans ou atteignant 16 au cours de l'année 2021-2022, joindre obligatoirement un justificatif (certificat de scolarité,...) → joindre tout document relatif à la situation familiale (livret de famille, jugement de divorce, ordonnance de non conciliation...)

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE BENEFICIAIRE :

NOM D'USAGE : NOM DE NAISSANCE :

PRENOM : N° INSEE (S.S.): .../.../.../.../.../...

GRADE:

ADRESSE PERSONNELLE : TEL :

SITUATION FAMILIALE (cocher la case correspondante) : (joindre justificatif pour tout changement)

- | | | |
|---|---|--|
| ☐ Marié(e) depuis le .../.../..... | ☐ Divorcé(e) depuis le .../.../..... | |
| ☐ Vie maritale depuis le .../.../..... | ☐ Séparé(e) légalement depuis le .../.../..... | |
| ☐ Pacsé(e) depuis le .../.../..... | ☐ Séparé(e) de fait depuis le .../.../..... | |
| ☐ Célibataire | ☐ Veuf/veuve depuis le .../.../..... | |

A partir de 2 enfants à charge, joindre obligatoirement l'attestation de paiement de la caisse d'allocations familiales datant de moins de 2 mois (via le site Internet www.caf.fr)

ENFANTS A CHARGE

Nom Prénom des enfants	Lien de parenté <i>Légitime / naturel / adopté / enfant du conjoint ou concubin</i>	Date de naissance	Situation <i>Scolarisé / Etudiant / Apprenti / Salarié percevant moins de 55% du SMIC(1)</i>	L'enfant est à votre charge effective et permanente Oui/Non (2)	Préciser le nom de l'autre parent si ce dernier n'est pas le conjoint actuel

(1) Enfant exerçant une activité rémunérée : le SFT ne peut être versé que si la rémunération ne dépasse pas 55% du SMIC.

(2) Si oui, mon enfant ne doit pas percevoir des prestations du type allocation de logement pour 2021-2022 (APL, ALF ou ALS). Les enfants percevant l'APL ou l'ALS ne sont pas éligibles au droit SFT.

Je certifie sur l'honneur que les renseignements portés sur ce document sont exacts. **Je m'engage à faire connaître immédiatement, par écrit, au service gestionnaire, tout changement de situation.**

A, leSignature :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT VOTRE (ex-) CONJOINT(E) ou (ex-) CONCUBIN(E) :

(si la demande de versement SFT concerne des enfants nés de différentes unions, un exemplaire de cet imprimé doit être complété par chaque conjoint ou ex-conjoint concerné)

NOM D'USAGE : NOM DE NAISSANCE :

PRENOMS :

☐ le conjoint ou ex-conjoint est
rémunéré par l'Éducation
nationale

SITUATION PROFESSIONNELLE :

→ fournir une copie de son dernier bulletin de paie

☐ le conjoint ou ex-conjoint n'exerce
pas d'activité professionnelle
ou exerce une profession libérale
ou à domicile

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e) Mme, Mcertifie sur l'honneur :
(rayer les mentions inutiles)

- n'exercer aucune activité professionnelle
- être en congé parental (*préciser les dates*) :
- exercer une profession libérale (*préciser laquelle*) :
- autre (*à préciser*) :

Date :

Signature de l'agent :

Signature du conjoint :

☐ le conjoint ou ex-conjoint exerce
une activité professionnelle dans
le secteur privé

**ATTESTATION A COMPLETER PAR L'EMPLOYEUR
DU CONJOINT ou EX-CONJOINT**

Nom et adresse de l'employeur :

certifie que M/Mme

est employé(e) depuis le

et ne perçoit pas le supplément familial de traitement ou tout équivalent

Date :

Cachet et signature de l'employeur :

☐ le conjoint ou ex-conjoint exerce
une activité professionnelle
auprès d'un employeur public ou
assimilé (SNCF, EDF ...)

**ATTESTATION A COMPLETER PAR L'EMPLOYEUR
DU CONJOINT ou EX-CONJOINT**

Nom et adresse de l'employeur :

certifie que M/Mme

employé(e) depuis le

☐ ne bénéficie par du supplément familial de traitement ou de sursalaire à caractère familial

☐ a cessé de bénéficier du supplément familial de traitement ou de sursalaire à caractère familial depuis le

☐ bénéficie du supplément familial de traitement ou d'un sursalaire à caractère familial pour les enfants suivants :

Date :

Cachet et signature de l'employeur :