

DEMANDE DE SUPPLEMENT FAMILIAL
(décret n°85-1148 du 24 octobre 1985 modifié)

Document à compléter et à renvoyer au gestionnaire de rémunération principale

Renseignements relatifs à la famille

■ **Monsieur**

NOM Prénom

- Si vous êtes fonctionnaire ou assimilé, préciser :

Grade : Discipline (pour les enseignements 2nd degré)

Si vous êtes dans l'Éducation Nationale, préciser l'établissement d'affectation : / / / / / / / /

Dénomination Ville

- Si vous n'êtes pas fonctionnaire ou assimilé, préciser :

Profession : exercée depuis le

Dénomination et adresse de l'employeur

N'exerce pas d'activité depuis le

■ **Madame**

NOM (de jeune fille) : NOM D'USAGE Prénom

- Si vous êtes fonctionnaire ou assimilé, préciser :

Grade : Discipline (pour les enseignements 2nd degré)

Si vous êtes dans l'Éducation Nationale, préciser l'établissement d'affectation : / / / / / / / /

Dénomination Ville

- Si vous n'êtes pas fonctionnaire ou assimilé, préciser :

Profession : exercée depuis le

Dénomination et adresse de l'employeur

N'exerce pas d'activité depuis le

❶ **Situation de famille**

- célibataire marié(e) depuis le
- séparé(e) depuis le divorcé(e) depuis le
- vie maritale ou coupe ayant conclu un PACS depuis le
- veuf(ve) depuis le

❷ **Adresse de la famille**

.....
.....
.....
.....

ATTESTATION CONCERNANT LE SUPPLEMENT FAMILIAL DE TRAITEMENT

(à compléter et à renseigner, en début d'année scolaire par l'attributaire percevant ou demandant à bénéficier du SFT au gestionnaire de rémunération principale)

① Attributaire

NOM D'USAGE PRENOM

ADRESSE

Grade Discipline

Établissement d'affectation

Ville

② A compléter pour une personne vivant seule : Situation de famille

Célibataire

Séparé(e) Divorcé(e) Veuf(ve) Fin de vie maritale ou de contrat de PACS depuis le

Je certifie vivre seul(e) sans conjoint(e) ni concubin(e).

③ Personne mariée ou vivant maritalement ou ayant contracté un PACS : situation professionnelle du conjoint

(2/2)
 NOM PRENOM

N'exerce pas d'activité depuis le

Exerce la profession de depuis le

Désignation de l'entreprise

Fonctionnaire ou assimilée : grade
 discipline lieu d'exercice

Toutefois, si votre conjoint exerce dans un établissement du 1^{er} ou 2nd degré public ou privé ou dans un service du rectorat de La Guyane, veuillez seulement préciser son grade, sa discipline et son lieu d'exercice. Il est inutile de faire compléter l'attestation ci-après ⑤

④ Enfants à charge et vivant à votre foyer âgés de moins de 20 ans :

Nom-Prénom	Date de naissance	Lien de parenté (fils, fille, neveu, nièce ...)	Situation (élève, apprenti, étudiant ...)

5 ATTESTATION A REMPLIR PAR L'EMPLOYEUR DU CONJOINT ET/OU DE L'EX CONJOINT SI UN OU PLUSIEURS DES ENFANTS SONT ISSUS DE CETTE PRECEDENTE UNION

Je soussigné(e) (Nom et qualité du signataire)
atteste que M.(Mme) employé(e) depuis le
en qualité de dans (dénomination sociale de
l'employeur)

1) bénéficie du supplément familial de traitement alloué aux fonctionnaires de l'État en vertu des dispositions du décret n°51-619 du 14 mai 1951. oui non

2) Perçoit un avantage familial, au titre d'un statut particulier, qui lui confère, de ce fait, une rémunération supérieure à celle d'un employé de même catégorie n'ayant pas d'enfant à charge, appelé
..... oui non

Au titre des enfants ci-dessous, désignés :

NOM-PRENOM	DATE DE NAISSANCE

Ne bénéficie plus de SFT à compter du

CACHET DE L'EMPLOYEUR

Fait à le
Signature

6 A compléter dans tous les cas

DECLARATION SUR L'HONNEUR

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 intéressé, tout changement modifiant cette déclaration. La loi punit quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (article L.554-1 du code de la sécurité sociale – article 441-1 du code pénal).

A, le

(Faire précéder la signature de la mention :
« lu et approuvé en toute connaissance de cause »

Signature de l'attributaire

SITUATION DES ENFANTS AGES DE PLUS DE 16 ANS

(à compléter et renvoyer, en début d'année scolaire, par l'attributaire percevant ou demandant à bénéficier du supplément familial de traitement au gestionnaire de rémunération principale)

❶ Attributaire du supplément familial de traitements

NOM D'USAGE PRENOM

ADRESSE

Grade..... Discipline.....

Établissement d'affectation

Commune

❷ Renseignement relatif à l'enfant à charge

NOM..... PRENOM Né(e) le

❸ Situation de l'enfant à charge

- Placé en apprentissage → Joindre la photocopie du contrat d'apprentissage
- En stage de formation professionnelle → Joindre une attestation de l'organisme responsable du stage de formation professionnelle.
- Poursuivant ses études (**Rappel : cet enfant ne doit pas bénéficier d'aide au logement (APL ou ALS)**) → Joindre un certificat de scolarité.

Une activité professionnelle réduite n'est pas compatible avec le maintien du SFT dès lors que la rémunération mensuelle n'excède pas 55% du SMIC, mais vous devez fournir les bulletins de salaire de votre enfant ou avis de paiement Pôle emploi, selon le cas.

- Infirmes, handicapés ou atteints d'une maladie chronique Joindre impérativement une attestation indiquant que cet enfant ouvre droit à l'allocation d'éducation spéciale et un certificat médical attestant l'état de santé de votre enfant.
- Enfant n'entrant pas dans l'une des catégories énumérées, ci-dessus, et âgé de moins de 20 ans

Une activité professionnelle réduite n'est pas compatible avec le maintien du SFT dès lors que la rémunération mensuelle n'excède pas 55% du SMIC, mais vous devez fournir les bulletins de salaire de votre enfant ou avis de paiement Pôle emploi, selon le cas.

- Enfant vivant en concubinage ou marié ou ayant conclu un PACS.

Cet enfant n'est plus considéré comme étant à votre charge au sens du Code de la sécurité sociale → Joindre copie de l'acte de mariage ou du contrat de PACS ou du certificat de vie commune ou de concubinage.

❹ DECLARATION SUR L'HONNEUR A COMPLETER OBLIGATOIREMENT
--

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 intéressé, tout changement modifiant cette déclaration. La loi punit quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (article L.554-1 du code de la sécurité sociale – article 441-1 du code pénal).

A, le

(Faire précéder la signature de la mention : Signature de l'attributaire)

« lu et approuvé en toute connaissance de cause »