

DEMANDE D'ATTRIBUTION DU SUPPLEMENT FAMILIAL DE TRAITEMENT

Formulaire à retourner, accompagné des PJ à :

DSDEN de l'Ardèche - Service mutualisé de l'enseignement privé
18 place André Malraux – BP 627 - 07006 PRIVAS CEDEX

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)

① Renseignements concernant le bénéficiaire

NOM : PRENOM : N° INSEE :

CORPS -GRADE : DISCIPLINE, LE CAS ECHEANT :

DOMICILE : AFFECTATION :

SITUATION DE FAMILLE : (cocher la case correspondante)

☐ Marié(e) depuis le

-> joindre la copie de l'acte de mariage ou du livret de famille

☐ Pacsé(e) depuis le

-> joindre la copie du contrat de PACS

☐ Concubinage depuis le

-> Dans ces trois cas, remplir les parties ② et ③

☐ Célibataire depuis le

☐ Séparé(e) de fait depuis le

☐ Séparé(e) légalement depuis le

-> joindre la copie de la convention (garde des enfants)

☐ Divorcé(e) depuis le

-> joindre la copie du jugement (garde des enfants)

-> Dans ces quatre cas, remplir la partie ③

Je soussigné(e) atteste sur l'honneur que l'ensemble des renseignements indiqués sur le présent imprimé est bien exact et sincère.

Je m'engage par ailleurs à prévenir immédiatement l'administration de tout changement intervenant dans ma situation familiale et professionnelle susceptible de modifier mes droits au supplément familial de traitement, sachant que toute déclaration inexacte, incomplète ou tardive de ma part m'exposerait au remboursement des sommes indûment perçues.

Fait à , le

Signature :

② Renseignements concernant le (la) conjoint(e), pacsé(e) ou concubin(e)

-> NB : pour la suite et afin de faciliter la lecture, cette personne sera dénommée CONJOINT

NOM : PRENOM : N° INSEE :

SITUATION PROFESSIONNELLE : (cocher la case correspondante)

☐ Secteur privé / sans emploi

☐ Secteur public, dont organismes financés à plus de 50% par l'état => Compléter les 2 attestations ci-dessous

Attestation de non perception du SFT

A FAIRE REMPLIR PAR L'EMPLOYEUR DE VOTRE CONJOINT :

Identification de l'employeur

NOM : Adresse :

Certifie que M/Mme, employé(e) chez nous depuis(préciser l'année)

☐ Perçoit le supplément familial de traitement

☐ N'a jamais perçu le supplément familial de traitement

☐ A cessé de percevoir le supplément familial de traitement depuis le :

☐ Cessera de percevoir le supplément familial de traitement à compter du :

Fait à , le Signature de l'employeur :

Choix de l'allocataire

Je soussigné(e) ainsi que mon conjoint déclarons avoir fait le choix que je serai le bénéficiaire du supplément familial de traitement et reconnaissons être informés du délai d'un an pendant lequel cette option ne peut être remise en cause (sauf en cas de changement de situation familiale ou professionnelle).

Fait à , le

Vos deux signatures précédées
de la mention « Lu et approuvé » :

③ Renseignements concernant les enfants à charge :

NOM : PRENOM : NE(E) LE :

-> joindre un acte de naissance ou la copie du livret de famille

- Vous êtes le **père** ou la **mère** de l'enfant : ☐ Oui ☐ Non
▪ Votre conjoint est le **père** ou la **mère** de l'enfant : ☐ Oui ☐ Non
▪ Cet enfant est à **votre** charge effective ou permanente : ☐ Oui ☐ Non

-> joindre une attestation CAF

Si l'enfant est âgé de plus de 16 ans, merci de préciser sa situation :

- Cet enfant est scolarisé ou poursuit ses études : ☐ Oui ☐ Non -> joindre un certificat de scolarité
• Cet enfant est en apprentissage : ☐ Oui ☐ Non
Durée du contrat : Salaire mensuel versé * : -> joindre une copie du contrat d'apprentissage et un bulletin de salaire
• Cet enfant est en stage : ☐ Oui ☐ Non -> joindre une attestation de stage
Perçoit-il une rémunération * ? ☐ Oui ☐ Non -> joindre le dernier bulletin de salaire
• Cet enfant exerce une activité professionnelle * : ☐ Oui ☐ Non -> joindre une copie du contrat de travail et un bulletin de salaire
Si oui, depuis quelle date :
• L'enfant NOM / PRENOM : ☐ perçoit ☐ ne perçoit pas -> joindre le justificatif de la CAF
d'aides au logement : APL (Aide Personnalisée au Logement) ou ALS (Allocation Logement à caractère Social)

NOM : PRENOM : NE(E) LE :

-> joindre un acte de naissance ou la copie du livret de famille

- Vous êtes le **père** ou la **mère** de l'enfant : ☐ Oui ☐ Non
▪ Votre conjoint est le **père** ou la **mère** de l'enfant : ☐ Oui ☐ Non
▪ Cet enfant est à **votre** charge effective ou permanente : ☐ Oui ☐ Non

-> joindre une attestation CAF

Si l'enfant est âgé de plus de 16 ans, merci de préciser sa situation :

- Cet enfant est scolarisé ou poursuit ses études : ☐ Oui ☐ Non -> joindre un certificat de scolarité
• Cet enfant est en apprentissage : ☐ Oui ☐ Non
Durée du contrat : Salaire mensuel versé * : -> joindre une copie du contrat d'apprentissage et un bulletin de salaire
• Cet enfant est en stage : ☐ Oui ☐ Non -> joindre une attestation de stage
Perçoit-il une rémunération * ? ☐ Oui ☐ Non -> joindre le dernier bulletin de salaire
• Cet enfant exerce une activité professionnelle * : ☐ Oui ☐ Non -> joindre une copie du contrat de travail et un bulletin de salaire
Si oui, depuis quelle date :
• L'enfant NOM / PRENOM : ☐ perçoit ☐ ne perçoit pas -> joindre le justificatif de la CAF
d'aides au logement : APL (Aide Personnalisée au Logement) ou ALS (Allocation Logement à caractère Social)

NOM : PRENOM : NE(E) LE :

-> joindre un acte de naissance ou la copie du livret de famille

- Vous êtes le **père** ou la **mère** de l'enfant : ☐ Oui ☐ Non
▪ Votre conjoint est le **père** ou la **mère** de l'enfant : ☐ Oui ☐ Non
▪ Cet enfant est à **votre** charge effective ou permanente : ☐ Oui ☐ Non

-> joindre une attestation CAF

Si l'enfant est âgé de plus de 16 ans, merci de préciser sa situation :

- Cet enfant est scolarisé ou poursuit ses études : ☐ Oui ☐ Non -> joindre un certificat de scolarité
• Cet enfant est en apprentissage : ☐ Oui ☐ Non
Durée du contrat : Salaire mensuel versé * : -> joindre une copie du contrat d'apprentissage et un bulletin de salaire
• Cet enfant est en stage : ☐ Oui ☐ Non -> joindre une attestation de stage
Perçoit-il une rémunération * ? ☐ Oui ☐ Non -> joindre le dernier bulletin de salaire
• Cet enfant exerce une activité professionnelle * : ☐ Oui ☐ Non -> joindre une copie du contrat de travail et un bulletin de salaire
Si oui, depuis quelle date :
• L'enfant NOM / PRENOM : ☐ perçoit ☐ ne perçoit pas -> joindre le justificatif de la CAF
d'aides au logement : APL (Aide Personnalisée au Logement) ou ALS (Allocation Logement à caractère Social)

* la rémunération doit être inférieure à 55% du SMIC brut

Je soussigné(e),, certifie sur l'honneur que les renseignements portés dans cette déclaration sont exacts. Je m'engage à signaler tous les changements modifiant la situation attestée ci-dessus et notamment toute activité rémunérée à laquelle ces enfants pourraient accéder.

Fait à , le Signature :

PARTIE ④ A COMPLETER UNIQUEMENT EN CAS DE GARDE PARTAGEE ET POUR UN SEUL ENFANT A CHARGE

④ Choix de l'allocataire

Je soussigné(e) déclare avoir fait le choix que je serai le **seul** bénéficiaire du supplément familial de traitement et reconnais être informé du délai d'un an pendant lequel cette option ne peut être remise en cause (sauf en cas de changement de situation familiale ou professionnelle).

Fait à , le Signature :