

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

1 – RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE BENEFICIAIRE :

Nom d'usage : Nom de naissance :
Prénom : N° INSEE (S.S.) :
Adresse :
.....
Etablissement d'affectation :

Situation de famille (cocher la case correspondante et **joindre le justificatif correspondant le cas échéant**)

☐ Célibataire ☐ Marié(e) ☐ Pacsé(e) ☐ Vie maritale ☐ Divorcé(e) ☐ Séparé(e) légalement ☐ Séparé(e) de fait ☐ Veuf
Depuis le :

2 - ENFANTS À CHARGE :

Nom et Prénom	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-il à votre charge (à votre domicile) Oui/Non/alternée(2)	Préciser le nom de l'autre parent si ce dernier n'est pas 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 :
Prénom :
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
☐ Agent public

Nom d'usage : Nom de naissance :
Prénom :
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

AGENT	CONJOINT qui renonce au bénéfice du SFT
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
	Profession :

ATTESTATION DE L'EMPLOYEUR PUBLIC DU CONJOINT NON BENEFICIAIRE
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 :
Fait à..... (Nom et qualité du signataire)
Le

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

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

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

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 :

Pièces à fournir :

- copie du livret de famille complet ou copie de l'acte de naissance de(s) enfant(s).
- copie **intégrale** du jugement de divorce, de séparation de corps ou d'ordonnance de non-conciliation précisant à quel conjoint est confiée la garde de(s) enfant(s), ainsi que toutes conventions auxquelles se réfèrent ces documents.
- attestation de paiement de la caisse d'allocations familiales indiquant les enfants à charge.
- pour les **enfants de plus de 16 ans** : annexe décrivant la situation de chaque enfant de plus de 16 ans accompagné du justificatif correspondant

A retourner à votre gestionnaire administrative (ia06-dipe1@ac-nice.fr)

SITUATION DES ENFANTS À CHARGE ÂGÉS DE 16 ANS À 20 ANS
REEMPLIR UNE FICHE PAR ENFANT DE PLUS DE 16 ANS (annexe 1)

De 16 à 20 ans, l'enfant est considéré comme à charge s'il ne perçoit pas une rémunération nette supérieure à 55% du SMIC brut, une allocation de son propre chef (ALS ou APL) ou s'il ne vit pas en couple (mariage, pacs, concubinage).

1 – RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE BENEFICIAIRE :

Nom d'usage : Nom de naissance :
Prénom : N° INSEE (S.S.) :
Adresse :
.....
Etablissement d'affectation :

2 – RENSEIGNEMENTS RELATIFS A L'ENFANT A CHARGE :

Nom : Prénom :
Né(e) le :
Mode de garde : ☐ Garde exclusive ☐ Garde alternée

3 – SITUATION DE L'ENFANT A CHARGE : (cocher la case correspondant à la situation)

- ☐ Poursuivant ses études (**Rappel : cet enfant ne doit pas bénéficier d'aide au logement (APL ou ALS)**) → Joindre un certificat de scolarité.
- ☐ Place en apprentissage → Joindre une copie du contrat d'apprentissage.
- ☐ En stage de formation professionnelle → Joindre une attestation de l'organisme responsable du stage de formation professionnelle indiquant la durée, le type et la rémunération.
- ☐ Infirmes, handicapés ou atteints d'une maladie chronique → Joindre une attestation indiquant que cet enfant ouvre droit à l'allocation d'éducation spéciale ou 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 → Joindre une attestation justifiant de sa situation ou compléter l'attestation ci-dessous :

Je soussigné(e), Nom Prénom atteste sur l'honneur que mon enfant : Nom Prénom né(e) le dont j'assume la charge de manière permanente n'exerce aucune activité professionnelle.

A NOTER : Une activité professionnelle réduite n'est pas incompatible avec le maintien du SFT des 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.

Je certifie sur l'honneur que les renseignements portés sur ce document sont exacts. Je m'engage à faire connaître immédiatement tout changement dans la situation de mon enfant décrite ci-dessus.

Fait à , le

Signature

CESSION DU SFT À L'EX-CONJOINT(E) N'APPARTENANT PAS À LA FONCTION PUBLIQUE (annexe 2)

Conditions pour prétendre à la cession du SFT :

- L'ex-conjoint doit assurer la charge effective et permanente des enfants et en avoir la garde exclusive
- L'ex-conjoint ne doit pas être agent public/fonctionnaire lui-même ou être en union avec un agent public /fonctionnaire

Je soussigné(e) demande que le supplément familial de traitement soit versé à mon ex-conjoint(e) à compter du

1 - Identification de l'agent

Nom d'usage : Nom de naissance :
Prénom : N° INSEE (S.S.) :
Adresse :
.....
Etablissement d'affectation :

2 - Identification de l'ex conjoint(e) ayant la charge effective et permanente du (ou des) enfant(s)

Nom d'usage : Nom de naissance :
Prénom :
Profession :
Adresse :
.....
Téléphone :

Concernant le ou les enfants à la charge de l'ex-conjoint(e) suivant(s) :

Nom et Prénom	Date de naissance

Pièces à joindre à la demande de cession du SFT :

- Relevé d'identité bancaire (format BIC IBAN)
- Justificatif de domicile récent
- Attestation CAF à partir de deux enfants
- Déclaration de situation familiale
- Copie du jugement ou de la convention de divorce qui précise le mode de garde des enfants
- Attestation employeur du bénéficiaire et de son conjoint, le cas échéant

L'ex-conjoint bénéficiaire s'engage à informer l'administration gestionnaire de son ex-conjoint de toute modification dans sa situation familiale et professionnelle susceptible de modifier les droits au reversement du SFT (situation des enfants, nouvelle union...). L'ex-conjoint bénéficiaire est soumis annuellement au contrôle du versement du SFT par l'administration et doit transmettre les justificatifs demandés. A défaut, la cession sera suspendue.

Date et signature de l'agent public qui cède le SFT :	Date et signature de l'ex-conjoint non agent public qui bénéficie de la cession du SFT :	Visa et cachet du service gestionnaire de l'agent public :

--	--	--



Direction des services départementaux
de l'Education nationale des Alpes-Maritimes

DEMANDE DE COMPLÉMENT DE SFT
DANS LE CAS D'UN COUPLE SÉPARÉ D'AGENTS PUBLICS (annexe 3)

Le complément de SFT (ou SFT différentiel) est un droit d'option de l'agent public qui s'est vu confier la garde exclusive d'un ou plusieurs enfants et qui souhaite que son droit SFT soit calculé sur la base de la situation administrative et familiale de l'autre parent, ex-conjoint.

Je soussigné(e) demande à recevoir le complément de supplément familial de traitement par l'administration de mon ex-conjoint(e).

1 - Identification de l'agent public (qui n'a pas la garde des enfants)

Nom d'usage : Nom de naissance :
Prénom : N° INSEE (S.S.) :
Adresse :
.....
Etablissement d'affectation :

2 – Identification de l'ex-conjoint(e) (qui a la garde des enfants et demande à recevoir le complément de SFT)

Nom d'usage : Nom de naissance :
Prénom :
Profession :
Adresse :
.....
Téléphone :
Nom et adresse de l'employeur :
.....

Pour les personnels de l'Education nationale :

Grade :
Etablissement d'affectation :

Concernant le ou les enfants à la charge suivant(s) :

Nom et Prénom	Date de naissance

Fait à , le
Signature