

SUPPLEMENT FAMILIAL DE TRAITEMENT (S.F.T.)
LISTE DES PIECES A FOURNIR – NOUVEAUX ENTRANTS ET CHANGEMENT DE SITUATION FAMILIALE

Annexe 1

- 1- **Formulaire d’attribution du SFT** dûment complété ([Annexe 2](#))
- 2- **Copie intégrale du livret de famille et copie de l’acte de naissance de l’enfant**
- 3- **Tout document relatif à la situation familiale actuelle** : copie intégrale du livre de famille, copie du PACS, attestation sur l’honneur de situation familiale (vie maritale, vie seule...), jugement de divorce indiquant qui a la charge des enfants, ordonnance de non-conciliation, etc...
- 4- **A partir de 2 enfants uniquement** : **attestation de la CAF** (disponible sur le site internet de la CAF), datée de moins de 3 mois, indiquant le nom des enfants à charge pour lesquels le SFT est sollicité (pour les agents mutés : attestation CAF du nouveau domicile)
- 5- **Documents justifiant le choix de l’allocataire** :
 - Pour un couple d’agents publics ou organismes financés à plus de 50% par l’Etat : **déclaration commune de choix allocataire visée par l’administration ou l’organisme du conjoint** ([Annexe 3](#))
 - Pour un couple agent public / agent du secteur privé ou sans emploi : **attestation de l’employeur précisant que le conjoint (ou ex-conjoint) est sans emploi** ([Annexe 4](#)) ou **exerce une profession relevant du secteur privé** ([annexe 5](#))

Pour les couples séparés : le SFT est versé à la personne ayant la charge des enfants de manière effective et permanente.

Pièces spécifiques à fournir dans les cas suivants :

- Pour un couple séparé agent public / agent sans emploi ou du secteur privé → si l’ex-conjoint, sans emploi ou du secteur privé, a la charge des enfants : **déclaration de cession du SFT de l’agent public à l’ex-conjoint** ([Annexe 6](#)) + ([Annexe 4](#) ou [5](#))
- Pour un couple séparé d’agents publics, ou organisme financés à plus de 50% par l’Etat, ayant des enfants en garde alternée ([Annexe 3](#))

- 6- **Pièces à fournir pour les enfants à charge de plus de 16 ans** ou qui attendront 16 ans au cours de l’année scolaire ([Annexe 7](#))

Toute modification de situation familiale (naissance, mariage, divorce...), de situation professionnelle du conjoint, de situation des enfants de plus de 16 ans (signature d’un contrat, perception d’une allocation logement...), doit systématiquement et immédiatement être portée à la connaissance du service gestionnaire chargé de la gestion des dossiers individuels.

NB : pour toute demande de régularisation rétroactive de SFT (dans la limite de la prescription quadriennale), **l’agent doit fournir obligatoirement les justificatifs pour chaque année concernée.**

(L’administration se réserve le droit d’effectuer une demande d’informations et / ou de pièces complémentaires si nécessaire)

FORMULAIRE D'ATTRIBUTION DU SUPPLEMENT FAMILIAL DE TRAITEMENT

DECLARATION SUR L'HONNEUR

1 - RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'AGENT :

NOM : PRENOM : N°INSEE :

DOMICILE :

GRADE : DISCIPLINE (si enseignant 2d°):.....

ETABLISSEMENT D'AFFECTATION : N° / 0 / / / / / / / /¹ LIBELLE :
ces références figurent sur le bulletin de paie en haut à gauche.

SITUATION DE FAMILLE (cocher la case correspondante)

- | | | | |
|---|----------------|---|----------------|
| <input type="checkbox"/> Marié(e) : | depuis le..... | <input type="checkbox"/> Divorcé(e) : | depuis le..... |
| <input type="checkbox"/> Pacsé(e) : | depuis le..... | <input type="checkbox"/> Séparé(e) légalement : | depuis le..... |
| <input type="checkbox"/> Vie maritale : | depuis le..... | <input type="checkbox"/> Séparé(e) de fait : | depuis le..... |
| <input type="checkbox"/> Célibataire : | depuis le..... | <input type="checkbox"/> Veuf(ve) : | depuis le..... |

2 - RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE CONJOINT OU EX-CONJOINT :

- AGENT PUBLIC ou AGENT APPARTENANT A UN ORGANISME FINANCE A PLUS DE 50% PAR L'ETAT
 AGENT DU SECTEUR PRIVE ou SANS EMPLOI

NOM : PRENOM :

DOMICILE (si différent de celui du bénéficiaire) :

NOM ET ADRESSE DE L'EMPLOYEUR :

Pour les personnels de l'éducation nationale :

GRADE : DISCIPLINE (si enseignant 2d°):.....

ETABLISSEMENT D'AFFECTATION : N° / 0 / / / / / / / /¹ LIBELLE :

BENEFICIE-T-IL DU SUPPLEMENT FAMILIAL DE TRAITEMENT OU D'UN AVANTAGE DE MEME NATURE DE LA PART DE SON EMPLOYEUR ?

- OUI NON

3 - RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES ENFANTS A CHARGE

NOM ET PRENOM	LIEN DE PARENTE (1)	DATE DE NAISSANCE	SITUATION (2)	Perçoit-il une aide au logement ?

(1) : Légitime (issu du mariage des époux ou de l'un des deux) - naturel – adopté- recueilli - enfant du conjoint ou du concubin

(2) : Moins de 16 ans - collégien – lycéen – étudiant – salarié dont la rémunération ne dépasse pas 55% du SMIC – apprenti

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.

A, le Signature :

DECLARATION COMMUNE DE CHOIX D'ALLOCATAIRE EN VUE DE L'ATTRIBUTION DU SFT

DANS LE CAS D'UN COUPLE D'AGENTS PUBLICS OU ORGANISMES FINANCES A PLUS DE 50% PAR L'ETAT

Madame Monsieur (1) :est désigné(e) pour ouvrir le droit au Supplément Familial de Traitement.

(1) A cocher

SITUATION FAMILIALE	
<u>AGENT</u>	<u>CONJOINT (OU EX-CONJOINT)</u>
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Nationalité :	Nationalité :
Date de naissance :	Date de naissance :
N° INSEE : _____	N° INSEE : _____
Adresse :	Adresse :
Code postal :	Code postal :
Ville :	Ville :

SITUATION PROFESSIONNELLE	
<u>AGENT</u>	<u>CONJOINT (OU EX-CONJOINT)</u>
Profession (grade) :	Profession (grade) :
Nom et adresse de l'employeur :	Nom et adresse de l'employeur :

DECLARATION SUR L'HONNEUR	
Je m'engage à signaler tous les changements modifiant la présente déclaration.	
Fait à , le.....	
Signature obligatoire de l'Agent	Signature obligatoire du conjoint (ou ex-conjoint)

CACHET DE L'ADMINISTRATION OU ORGANISME DU CONJOINT (OU EX-CONJOINT) QUI ABANDONNE SON DROIT	
A faire remplir obligatoirement à l'exception des personnels payés par le Rectorat de Toulouse	
M. / Mme	
<input type="checkbox"/> Perçoit le SFT depuis le.....	
<input type="checkbox"/> Ne perçoit pas le SFT depuis le.....	
Fait à , le..... Cachet et Signature	

SITUATION DE VOTRE CONJOINT(E) OU EX CONJOINT(E)

SANS EMPLOI

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e) M., Mme, Melle,

Sans emploi depuis le

Atteste sur l'honneur ne pas avoir perçu depuis cette même date le supplément familial de traitement.

Je m'engage sur l'honneur à signaler tout changement modifiant la présente déclaration.

En foi de quoi, la présente attestation, est délivrée pour servir et valoir ce que de droit.

Fait à, le.....

Signature

**SITUATION DE VOTRE CONJOINT(E) OU EX CONJOINT(E)
EXERCANT UNE PROFESSION RELEVANT DU SECTEUR PRIVE**

ATTESTATION DE L'EMPLOYEUR

Je soussigné(e),

certifie que M.,Mme, Melle.....

salarié(e) de notre entreprise depuis le.....

n'a jamais perçu le supplément familial de traitement.

ne perçoit plus le SFT depuis le

En foi de quoi, la présente attestation, est délivrée pour servir et valoir ce que de droit.

Fait à, le.....

Signature et cachet

**CESSION DU SFT A L'EX-CONJOINT(E) N'APPARTENANT PAS
A LA FONCTION PUBLIQUE**

1- Identification de l'agent

NOM :

PRENOM :

N°INSEE :

GRADE : DISCIPLINE (enseignant 2d°):.....

ETABLISSEMENT D'AFFECTATION : N° / 0 / / / / / / / / ¹ LIBELLE :

¹ ces références figurent sur le bulletin de paie en haut à gauche.

1 – Identification de l'ex conjoint(e) ayant la charge des enfants

NOM :

PRENOM :

N°INSEE :

PROFESSION :

ADRESSE:

TELEPHONE :

Joindre le relevé d'identité bancaire (format BIC IBAN) de l'ex conjoint(e) à qui le SFT va être reversé.

Joindre une attestation sur l'honneur (de l'ex-conjoint) **de situation familiale** depuis la séparation (si remarié, en union libre ou pacsé, joindre une attestation de l'employeur du nouveau conjoint stipulant le non versement du SFT)

Je soussigné(e).....demande que le supplément familial de traitement me soit versé.

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

NOM et PRENOM	DATE DE NAISSANCE

Fait à, le.....

Signature

SITUATION DES ENFANTS A CHARGE AGES DE 16 ANS A 20 ANS
REEMPLIR UNE FICHE PAR ENFANT DE PLUS DE 16 ANS

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 (Allocation de logement à caractère Social - ALS - ou Aide Personnalisée au Logement - APL) ou s'il ne vit pas en couple (mariage, pacs, concubinage).

1 - Identification de l'Agent

NOM :

PRENOM :

N°INSEE : _____

GRADE : DISCIPLINE (enseignant 2d°):.....

ETABLISSEMENT D'AFFECTATION : N° / 0 / / / / / / / 1 LIBELLE :.....

¹ ces références figurent sur le bulletin de paie en haut à gauche.

2 - Renseignement relatif à l'enfant

NOM : PRENOM :

NE(E) LE:

Rappel : Non considéré comme étant à votre charge :

- Enfant vivant en concubinage ou marié ou ayant conclu un pacte civil de solidarité.
- Enfant percevant l'APL ou l'ALS

- Situation de l'enfant à 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.**
- Placé 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, handicapé ou atteint 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.

Je soussigné(e), NomPrénomatteste sur l'honneur que mon enfant : NomPrénom 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 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.

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