

## Si vous avez un ou des enfant(s) à charge

### (Annexe 1) FORMULAIRE D'ATTRIBUTION DU SUPPLEMENT FAMILIAL DE TRAITEMENT DECLARATION SUR L'HONNEUR

#### 1 - RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'AGENT:

- ☐ Souhaite percevoir le SFT  
☐ Ne souhaite plus percevoir le SFT

NOM : \_\_\_\_\_, PRENOM : \_\_\_\_\_

N°INSEE : \_\_\_\_\_ Clé \_\_\_\_\_

DOMICILE : \_\_\_\_\_

GRADE : \_\_\_\_\_ DISCIPLINE (enseignant 2d°): \_\_\_\_\_

NOM DE L'ETABLISSEMENT D'AFFECTATION : \_\_\_\_\_

SITUATION DE FAMILLE (cocher la case correspondante)

- |                                                                     |                                                                              |
|---------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Marié : depuis le ____ / ____ / ____       | <input type="checkbox"/> Divorcé(e) : depuis le ____ / ____ / ____           |
| <input type="checkbox"/> Pacsé : 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 (cocher la case correspondante):

- ☐ agent public ou agent appartenant à un organisme financé à plus de 50% par l'Etat  
☐ agent du secteur privé ou sans emploi

NOM : \_\_\_\_\_ PRÉNOM : \_\_\_\_\_ Date de naissance \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

DOMICILE (si différent de celui du bénéficiaire) : \_\_\_\_\_

NOM ET ADRESSE DE L'EMPLOYEUR : \_\_\_\_\_

Pour les personnels de l'éducation nationale:

GRADE : \_\_\_\_\_ DISCIPLINE (enseignant 2d°): \_\_\_\_\_

NOM DE L'ETABLISSEMENT D'AFFECTATION : \_\_\_\_\_

Bénéficie-t-il du supplément familial de traitement ou d'un avantage de même nature de la part de son employeur ? ☐ Oui ☐ Non

#### 3 - RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES ENFANTS A CHARGE DE MOINS DE 16 ans

| NOM ET PRÉNOM | LIEN DE PARENTÉ (1) | DATE DE NAISSANCE | SITUATION(2) |
|---------------|---------------------|-------------------|--------------|
|               |                     |                   |              |
|               |                     |                   |              |
|               |                     |                   |              |
|               |                     |                   |              |
|               |                     |                   |              |
|               |                     |                   |              |

(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 les renseignements indiqués sur le présent imprimé sont bien exacts et sincères.

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 :

## Si vous avez un ou des enfant(s) à charge

### (Annexe 2) DÉCLARATION COMMUNE DE CHOIX D'ALLOCATAIRE EN VUE DE L'ATTRIBUTION DU SFT DANS LE CAS D'UN COUPLE D'AGENTS PUBLICS OU ORGANISMES FINANCÉS A PLUS DE 50% PAR L'ÉTAT

☐ Madame, ☐ Monsieur : \_\_\_\_\_ est désigné(e) pour ouvrir le droit au Supplément Familial de Traitement.

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

| SITUATION PROFESSIONNELLE             |                                       |
|---------------------------------------|---------------------------------------|
| AGENT                                 | CONJOINT (OU EX-CONJOINT)             |
| Profession (grade) : _____            | Profession (grade) : _____            |
| Nom et adresse de l'employeur : _____ | Nom et adresse de l'employeur : _____ |

| DÉCLARATION SUR L'HONNEUR                                                      |                                                           |
|--------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| Fait à _____, le _____                                                         |                                                           |
| Je m'engage à signaler tous les changements modifiant la présente déclaration. |                                                           |
| <b>Signature obligatoire de l'agent</b>                                        | <b>Signature obligatoire du conjoint (ou ex-conjoint)</b> |

| CACHET DE L'ADMINISTRATION OU ORGANISME DU CONJOINT (OU EX-CONJOINT)<br>QUI ARRÊTE LE PAIEMENT DU SFT   |       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| <b>A faire remplir obligatoirement</b> à l'exception des personnels payés par le Rectorat de La Réunion |       |
| M. / Mme _____                                                                                          |       |
| <input type="checkbox"/> perçoit le SFT depuis le _____                                                 | _____ |
| <input type="checkbox"/> ne perçoit pas le SFT depuis le _____                                          | _____ |
| Fait à _____, le _____ <b>Cachet et Signature</b>                                                       |       |

Si vous avez un ou des enfant(s) à charge

(Annexe 3) SITUATION DE VOTRE CONJOINT(E) OU EX CONJOINT(E)  
EXERCANT UNE PROFESSION RELEVANT DU SECTEUR PRIVE ou SANS EMPLOI

### Attestation sur l'honneur

Je soussigné(e), ☐ Madame, ☐ Monsieur :

NOM

PRÉNOM :

N°INSEE :

GRADE :

DISCIPLINE (enseignant 2d°):

NOM DE L'ETABLISSEMENT D'AFFECTATION :

Déclare que mon conjoint (e) ou ex conjoint (e)

☐ exerce une profession relevant du secteur privé ou

☐ est sans emploi depuis le

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

Fait à , le

Signature

Si vous avez un ou des enfant(s) à charge

**(Annexe 4) CESSION DU SFT A L'EX-CONJOINT(E) N'APPARTENANT PAS A LA FONCTION PUBLIQUE**

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

**1 - Identification de l'agent**

NOM :

PRÉNOM :

N°INSEE :

GRADE :  DISCIPLINE (enseignant 2d°):

NOM DE L'ETABLISSEMENT D'AFFECTATION :

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

NOM :

PRÉNOM :

N°INSEE :  PROFESSION :

ADRESSE:  TÉLÉPHONE :

- ⇒ Joindre le relevé d'identité bancaire (format BIC IBAN) de l'ex conjoint(e) à qui le SFT doit être reversé.
  - ⇒ Joindre un justificatif de domicile récent de l'ex conjoint(e) à qui le SFT doit être reversé.
- Tout changement d'adresse doit immédiatement être porté à la connaissance de votre service gestionnaire.**

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

| NOM et PRÉNOM        | Date de naissance    |
|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Fait à , le  Signature :

Mentions légales : Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à la gestion de votre dossier administratif et financier. Les destinataires des données sont votre service gestionnaire et/ou les services de la DRFIP. Conformément à la loi 2018-493 du 20 juin 2018 dite « loi informatique et libertés », vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations vous concernant, que vous pouvez exercer en vous adressant au Rectorat (service DPEP pour le 1<sup>er</sup> degré, DPES pour le second degré, DPATE pour les personnels ATSS, et les personnels d'inspection ou de direction, DEPAP pour les personnels AESH) 24 avenue Georges Brassens, CS 97743 Saint-Denis Cedex 9. En revanche, vous ne bénéficiez pas du droit d'opposition. En effet, s'agissant du traitement des données RH, le droit d'opposition des personnes a été régulièrement écarté par les arrêtés de création des systèmes d'information, en application des dispositions de la loi de 1978.

## Si vous avez un ou des enfant(s) à charge

### (Annexe 5) DEMANDE DE COMPLÉMENT DE SFT AU RECTORAT DANS LE CAS D'UN COUPLE SÉPARÉ D'AGENTS PUBLICS

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

#### 1 - Identification de l'agent public (qui n'a pas la garde des enfants et qui est rémunéré par le Rectorat)

NOM :   
 PRÉNOM :  .....  
 N°INSEE :   
 GRADE :  DISCIPLINE (enseignant 2d°):   
 NOM DE L'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   
 PRÉNOM :   
 N°INSEE :   
 INDICE DE RÉMUNÉRATION MAJORÉ (INM) :  Joindre une copie de bulletin de salaire de moins de 6 mois  
 PROFESSION   
 ADRESSE   
 TÉLÉPHONE .....  
 NOM ET ADRESSE DE L'EMPLOYEUR :

Pour les personnels de l'éducation nationale:

GRADE :  DISCIPLINE (enseignant 2d°):   
 NOM DE L'ETABLISSEMENT D'AFFECTATION :

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

| NOM et PRÉNOM        | Date de naissance    |
|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Fait à  le  Signature

## Si vous avez un ou des enfant(s) à charge

### (Annexe 6) 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 (ALS ou APL) ou s'il ne vit pas en couple (mariage, pacs, concubinage).

#### 1 - Identification de l'agent

NOM :   
PRÉNOM :  N°INSEE :   
GRADE :  DISCIPLINE (enseignant 2d°) :   
NOM DE L'ETABLISSEMENT D'AFFECTATION :

#### 2 - Renseignement relatif à l'enfant à charge

NOM :  PRÉNOM :  NÉ(E) LE :

#### 3 - 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.
- ☐ Enfant vivant en concubinage ou marié ou ayant conclu un pacte civil de solidarité.  
Cet enfant n'est plus considéré comme étant à votre charge au sens du Code de la sécurité sociale.

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 dont la rémunération excède 55 % du SMIC.

**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 du 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