

**(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'ETAT**

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.	
Signature obligatoire de l'agent	Signature obligatoire du conjoint (ou ex-conjoint)

CACHET DE L'ADMINISTRATION OU ORGANISME DU CONJOINT (OU EX-CONJOINT) QUI ARRETE LE PAIEMENT DU SFT	
<u>A faire remplir obligatoirement</u> 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 _____	Cachet et Signature

(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

(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 :

(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'AFFECTION :

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'AFFECTION :

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

(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'AFFECTION :

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