

**(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)
 Marié : depuis le ____ / ____ / ____ Divorcé(e) : depuis le ____ / ____ / ____
 Pacsé : depuis le ____ / ____ / ____ Séparé(e) légalement : depuis le ____ / ____ / ____
 Vie maritale: depuis le ____ / ____ / ____ Séparé(e) de fait : depuis le ____ / ____ / ____
 Célibataire : depuis le ____ / ____ / ____ 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 : _____

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 er 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.

**(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	
A faire remplir obligatoirement 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 :

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^{er} 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.

(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, 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.
- 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