RÉGION ACADÉMIQUE BOURGOGNE FRANCHE-COMTÉ

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE ET DE LA JEUNESSE

MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR, DE LA RECHERCHE ET DE L'INNOVATION

DEMANDE D'ATTRIBUTION DU SUPPLEMENT FAMILIAL DE TRAITEMENT (S.F.T.)

ANNEXE 4

- Personnels enseignants, d'éducation, de documentation, PSYEN (1)	DIRH 1	❑	(non titulaire)
	DIRH 2	❑	(stagiaire, titulaire)
- Personnels enseignants du 1er degré	DIRH 6	❑	(titulaire, stagiaire et non titulaire)
- Personnels de direction et d'inspection (1)	DIRH 4	❑	(titulaire et stagiaire)
- Personnels ATSS (1)	DIRH 3	❑	(pers administratif, laboratoire, médico social non titulaire)
	DIRH 3	❑	(stagiaire, titulaire)

(1) cocher la case correspondante

A – AGENT SOLLICITANT LE S.F.T.

Madame Monsieur, (rayer la mention inutile)

Nom d'usage : ..... Nom de famille : .....

Prénom : .....

N° INSEE : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_|

Situation familiale actuelle (2):

☐ Célibataire ☐ Marié(e) ☐ Vie maritale ☐ Pacsé(e)

☐ Veuf(ve) ☐ Séparé(e) ☐ Divorcé(e)

(2) préciser depuis quelle date : .....

Grade : .....

Discipline (pour les enseignants) : .....

Date d'arrivée dans l'académie de Dijon : .....

Dénomination et adresse complète du lieu d'exercice :

.....

.....

.....

Perçoit actuellement le supplément familial de traitement : OUI ☐ NON ☐

Si OUI, depuis le : .....

B – CONJOINT (OU CONCUBIN) ACTUEL

Madame Monsieur, (rayer la mention inutile)

Nom d'usage : ..... Nom de famille : .....

Prénom : .....

N° INSEE : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_|

Situation professionnelle : .....

Depuis le : .....

Si activité professionnelle, nom et adresse de l'employeur, ou du lieu d'exercice :

.....

.....

.....

Si fonctionnaire ou agent public :

Grade : .....

Administration d'emploi : .....

Perçoit actuellement le supplément familial de traitement ou un sursalaire à caractère familial OUI ☐ NON ☐

Si oui auprès de quel organisme : .....

C – ENFANTS VIVANT AU FOYER ACTUEL

NOM	Prénom	Date de naissance	à charge (oui / non)		Situation à préciser obligatoirement (2)
			Fiscale	Prestations familiales (1)	

(1) Si oui fournir une attestation de la CAF pour l'ensemble des prestations perçues par le foyer.
(2) Scolarisé, en apprentissage, en activité professionnelle, etc.

1 - Choix d'allocataire (pour les couples de fonctionnaires ou assimilés)

Vous êtes mariés ou vous vivez maritalement, et **vous êtes tous les deux fonctionnaires ou agents publics**, vous devez désigner d'un commun accord le bénéficiaire du supplément familial de traitement. Cette option ne peut être remise en cause qu'au terme d'un délai d'un an. (titre IV, article 10 du décret 85-1148 du 24 octobre 1985 modifié par le décret 99-491 du 10 juin 1999). Attention le SFT varie selon l'indice à partir de l'indice majoré 450.

En application du texte susvisé, nous désignons d'un commun accord :

(Nom, Prénom) _

en qualité de bénéficiaire du supplément familial de traitement.

Fait à _, le_ _

Signature du déclarant : Signature du conjoint ou concubin :

⇨ **Fournir une attestation de non versement ou de cessation de paiement du S.F.T. émis par l'administration de votre conjoint ou concubin (sauf ci celle-ci est le rectorat de l'académie de Dijon).**

2 - Votre conjoint (ou concubin) exerce une activité professionnelle salariée dans le secteur privé

Vous devez faire compléter cette demande par son employeur.

Je soussigné : _

Agissant en qualité de : _

Employeur de :(Nom, Prénom) _

Depuis le : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

o déclare ne lui verser aucun supplément familial de traitement ou sursalaire à caractère familial.

o déclare lui verser un supplément familial de traitement ou sursalaire à caractère familial d'un montant mensuel, annuel de : _

Fait à _ , le_ _

Cachet et Signature:

3 - Votre conjoint ou concubin exerce une activité professionnelle non salariée

(professions libérales, artisans, commerçants, exploitants agricoles, etc...), il ou elle doit compléter l'attestation sur l'honneur ci-dessous.

Je soussigné : _

Exerçant la profession de _

déclare sur l'honneur être mon propre employeur, et ne bénéficier d'aucun supplément familial de traitement ou sursalaire à caractère familial.

Fait à _, le_ _

Cachet et signature:

4 - Votre conjoint ou concubin n'exerce aucune activité professionnelle

Il ou elle doit compléter l'attestation sur l'honneur ci dessous.

Je soussigné : _

déclare sur l'honneur n'exercer aucune activité professionnelle depuis le_ _au motif :

Mère/Père au foyer*, chômage*

Fait à _, le_ _

Signature:

* rayer la mention inutile

D – SITUATION FAMILIALE ANTERIEURE SUSCEPTIBLE D'OUVRIR DES DROITS

A' - Ex-conjoint ou ex-concubin de l'agent sollicitant le droit au supplément familial de traitement :

J'ai été marié ou j'ai vécu maritalement du _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ au _avec :
Madame, Monsieur (rayer la mention inutile)

Nom d'usage : ..... Nom de famille : .....

Prénom : .....

N° INSEE : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_|

Adresse actuelle :

.....

.....

.....

Enfant(s) issu(s) de cette union

NOM	Prénom	Date de naissance	à charge de l'ex-conjoint ou concubin (oui / non)		Situation à préciser obligatoirement (1)
			Fiscale	P.F	

(1) Scolarisé, en apprentissage, en activité professionnelle, etc.

B' - Ex-Conjoint (ou ex-concubin) de votre conjoint (ou concubin) actuel :

J'ai été marié ou j'ai vécu maritalement du _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _au _avec :
Madame, Monsieur (rayer la mention inutile)

Nom d'usage ..... Nom de famille (éventuellement): .....

Prénom : .....

N° INSEE : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_|
adresse actuelle :.....
.....
.....

Enfant(s) issu(s) de cette union

NOM (si différent du déclarant)	Prénom	Date de naissance	à charge de l'ex-conjoint ou concubin (oui / non)		Situation à préciser obligatoirement (1)
			Fiscale	Prestations familiales	

1) Scolarisé, en apprentissage, en activité professionnelle, etc.

C' – DECLARATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e) ……, certifie sur l'honneur que les renseignements portés sur cette demande ainsi que les documents joints sont exacts et je m'engage à signaler tout changement modifiant cette déclaration

Fait à _____, le _____

Signature du déclarant :

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (article L.554-1 du code de la Sécurité Sociale et article 150 du Code pénal). L'organisme débiteur peut vérifier l'exactitude des déclarations qui lui sont faites (article L.583-3 du code de la sécurité sociale).

PIECES JUSTIFICATIVES A FOURNIR : pour une première demande dans l'académie ou changement de situation familiale

- ⇨ Copie du livret de famille concernant les enfants et les parents et copie de la carte vitale (numéro INSEE lisible)
- ⇨ **ATTESTATION DE LA CAF** mentionnant les prestations familiales perçues par le foyer. Si la demande de SFT est rétroactive, attestation de paiement de la CAF couvrant la période concernée.
- ⇨ Justificatif de la charge effective de vos enfants s'ils ont plus de 16 ans (certificat de scolarité, contrat d'apprentissage, notification Pôle Emploi ou déclaration sur l'honneur de non activité).
- ⇨ Si vous êtes mariés ou vous vivez maritalement, et **vous êtes tous les deux fonctionnaires ou agents publics :** attestation de non-versement ou de cessation de paiement du S.F.T. émis par l'administration de votre conjoint ou concubin. (sauf si celle-ci est le rectorat de l'académie de Dijon)
- ⇨ Si vous êtes séparé ou divorcé : copie des actes juridiques établis par le juge aux affaires familiales **désignant le bénéficiaire du SFT**.
- ⇨ En cas de garde alternée **et en l'absence de bénéficiaire sur l'acte de jugement** vous devez fournir une attestation signée par les deux parents qui autorise la perception du SFT par l'allocataire désigné.

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à votre prise en charge financière. Les destinataires des données sont les gestionnaires du rectorat. Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant à DIRH Rectorat de Dijon 2G rue Général Delaborde 21019 DIJON.