

FORMULAIRE D'ATTRIBUTION DU SUPPLEMENT FAMILIAL DE TRAITEMENT 2023/2024 (annexe 1)
DECLARATION SUR L'HONNEUR

Personnels : 1^{er} degré 2nd degré Administratif

– RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'AGENT :

NOM : PRENOM : N°INSEE : _____

DOMICILE :

GRADE :

ETABLISSEMENT D'AFFECTATION :

SITUATION DE FAMILLE (cocher la case correspondante)

Marié : depuis le..... Divorcé(e) : depuis le.....
 Pacsé : depuis le..... Séparé(e) depuis le.....
 Vie maritale: depuis le..... Séparé(e) de fait : depuis le.....
 Célibataire : depuis le..... Veuf(ve) : depuis le.....

1 – 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 :

ETABLISSEMENT D'AFFECTATION :

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

OUI NON

2 – 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.

Fait à..... le Signature :

**DECLARATION COMMUNE DE CHOIX DU BENEFICIAIRE EN VUE DE L'ATTRIBUTION DU SFT
2023/2024 (Annexe 2)**

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 percevoir le Supplément Familial de Traitement.

(1) *Rayer la mention inutile*

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 Mayotte
M. / Mme
 perçoit le SFT depuis le
 ne perçoit pas le SFT depuis le
Fait à le..... Cachet et Signature

SITUATION DE VOTRE CONJOINT(E) OU EX CONJOINT(E) 2022/2023
EXERCANT UNE PROFESSION RELEVANT DU SECTEUR PRIVE ou SANS EMPLOI (annexe 3)

Attestation sur l'honneur

Je soussigné(e), Madame, Monsieur :

NOM :

PRENOM :

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 tout changement modifiant la présente déclaration.

Fait à le..... Signature

CESSION DU SFT A L'EX-CONJOINT(E) N'APPARTENANT PAS A LA FONCTION PUBLIQUE 2022/2023
(Annexe 4)

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

1- Identification de l'agent

NOM :

PRENOM :

N°INSEE : _____

GRADE :

ETABLISSEMENT D'AFFECTATION :

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

NOM :

PRENOM :

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 un justificatif de domicile récent de l'ex conjoint(e) à qui le SFT va 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 PRENOM	Date de naissance

Fait à le Signature

DEMANDE DE COMPLEMENT DU SFT AU RECTORAT 2022/2023
DANS LE CAS D'UN COUPLE SEPARÉ D'AGENTS PUBLICS (annexe 5)

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

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

NOM :
 PRENOM :
 N°INSEE :
 GRADE :
 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 :
 PRENOM :
 N°INSEE :
 ✕ INDICE DE REMUNERATION MAJORE (INM) : **Joindre une copie de bulletin de salaire de moins de 6 mois**
 PROFESSION :
 ADRESSE:
 TELEPHONE :
 NOM ET ADRESSE DE L'EMPLOYEUR :

Pour les personnels de l'éducation nationale:

GRADE :
 ETABLISSEMENT D'AFFECTATION :

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

NOM et PRENOM	Date de naissance

Fait à..... le..... Signature

SITUATION DES ENFANTS A CHARGE AGES DE 16 ANS A 20 ANS 2022/2023
REEMPLIR UNE FICHE PAR ENFANT DE PLUS DE 16 ANS (annexe 6)

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 :

PRENOM :

N°INSEE : _____

GRADE :

ETABLISSEMENT D'AFFECTATION :

2- Renseignement relatif à l'enfant à charge

NOM : PRENOM :

NE(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), NomPrénomatteste sur l'honneur que mon enfant : NomPrénomné(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