

**ATTESTATION DE NON VERSEMENT DU SUPPLEMENT FAMILIAL DE TRAITEMENT
PAR L'EMPLOYEUR DU CONJOINT OU EX-CONJOINT, OU CONCUBIN (annexe 2)**

1- Identification de l'agent :

NOM : _____ PRENOM : _____

ADRESSE : _____

2- Identification du conjoint ou ex-conjoint ou concubin – A remplir par l'employeur privé du conjoint ou ex-conjoint ou concubin :

Je soussigné(e), (Nom, Prénom, qualité) : _____

Entreprise (Nom et adresse) : _____

Certifie que Monsieur – Madame : _____

Employé en qualité de : _____

perçoit de notre part **un supplément familial de traitement ou un avantage de même nature** depuis le __/__/____ concernant le ou les enfants à charge suivant(s) :

| NOM et PRENOM | Date de naissance |
|---------------|-------------------|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

ne perçoit pas de notre part **un supplément familial de traitement ou un avantage de même nature.**

Fait à _____ le _____

Signature et cachet de l'autorité délivrant l'attestation

**ATTESTATION SUR L'HONNEUR DE NON PERCEPTION DU SUPPLEMENT FAMILIAL DE TRAITEMENT
A REMPLIR PAR LE CONJOINT OU EX-CONJOINT, OU CONCUBIN NON SALARIE (annexe 3)**

Je soussigné(e), Madame, Monsieur :

Déclare sur l'honneur :

Certifie que ma situation professionnelle est la suivante :

- sans activité depuis le __ / __ / ____
- demandeur d'emploi depuis le __ / __ / ____
- profession libérale depuis le __ / __ / ____
- artisan depuis le __ / __ / ____
- exploitant agricole depuis le __ / __ / ____
- autre situation depuis le __ / __ / ____ (à préciser) :

A ce titre, je ne perçois pas de supplément familial de traitement ou un avantage de même nature.

Je m'engage à signaler tout changement de ma situation professionnelle susceptible de modifier les droits au supplément familial de traitement.

Fait à _____ le _____

Signature :

Cachet de la structure le cas échéant :

**DECLARATION COMMUNE DE CHOIX D'ALLOCATAIRE EN VUE DE L'ATTRIBUTION
DU SUPPLEMENT FAMILIAL DE TRAITEMENT (SFT)
Dans le cas d'un couple d'agents publics (annexe 5)**

Madame, Monsieur _____ est désigné(e) pour ouvrir le droit au supplément familial de traitement.

| SITUATION FAMILIALE | |
|----------------------------------|---|
| <u>AGENT</u> | <u>CONJOINT ou EX-CONJOINT ou CONCUBIN</u> |
| Nom : | Nom : |
| Prénom : | Prénom : |
| adresse : | adresse : |
| | |
| | |
| SITUATION PROFESSIONNELLE | |
| <u>AGENT</u> | <u>CONJOINT ou EX-CONJOINT ou CONCUBIN</u> |
| Profession : | Profession : |
| Nom et adresse de l'employeur : | Nom et adresse de l'employeur : |
| | |
| | |

Je certifie sur l'honneur que les renseignements portés sur ce document sont exacts et m'engage à signaler tous les changements modifiant la présente déclaration.

Fait à

le

Signature de l'agent :

Signature du conjoint ou ex-conjoint ou concubin

Dossier de prise en charge DU SUPPLEMENT FAMILIAL DE TRAITEMENT (SFT)

Le supplément familial de traitement est un **élément de traitement à caractère familial**, ouvert aux agents publics en fonction du nombre d'enfants à charge (au sens des prestations familiales, ce qui est distinct de la définition de l'enfant à charge au plan financier et/ou fiscal), à raison d'un seul droit par enfant.

Est considéré à charge l'enfant dont vous assurez financièrement l'entretien (nourriture, logement, habillement) de façon « effective et permanente » et que vous assumiez à son égard la responsabilité affective et éducative. L'existence d'un lien de parenté entre vous et l'enfant n'est pas obligatoire. L'enfant doit résider de façon permanente en France.

Le supplément familial de traitement est dû à compter du premier jour du mois civil suivant celui au cours duquel les conditions d'ouverture du droit sont réunies et vérifiées.

Le droit au supplément familial de traitement s'éteint au premier jour du mois civil au cours duquel les conditions d'ouverture de ce droit cessent d'être réunies, étant rappelé que **l'âge limite d'attribution du supplément familial est 20 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 ou une allocation de son propre chef (ALS, APL).

Il est versé sous réserve que le conjoint (ou ex-conjoint ou concubin) ne perçoive pas de son employeur un avantage de même nature.

Afin d'établir de vos droits au SFT, vous devez faire parvenir à votre service de gestion paie les documents suivants selon votre situation :

- Formulaire de demande d'attribution du supplément familial de traitement** (annexe 1)
- Attestation de non versement du SFT par l'employeur du conjoint ou ex-conjoint ou concubin** (annexe 2)
- Attestation sur l'honneur de non perception du SFT par le conjoint ou ex-conjoint ou concubin non salarié** (annexe 3)
- Formulaire pour les enfants de 16 à 20 ans** (annexe 4)
- Déclaration commune de choix d'allocataire en vue de l'attribution du SFT / cas d'un couple agents publics** (annexe 5)
- Certificats de scolarité** pour les enfants de plus de 16 ans.
- Toutes pièces justifiant de votre situation familiale** (jugement d'adoption, de divorce, décisions du tribunal fixant la résidence des enfants,...)
- Obligatoirement Attestation de la Caisse d'Allocations Familiales (CAF)** stipulant que les enfants sont à votre charge (disponible sur le site internet de la CAF -> Mon compte -> Demander une **attestation de paiement d'allocations**)
- Copie du livret de famille**

Je vous précise que la loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration (art. L554.1 du code de la Sécurité Sociale).

FORMULAIRE DE DEMANDE
D'ATTRIBUTION DU SUPPLEMENT FAMILIAL DE TRAITEMENT (SFT) (annexe 1)
 DECLARATION SUR L'HONNEUR

1- RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'AGENT :

NOM : _____ PRENOM : _____

ADRESSE : _____

SITUATION DE FAMILLE :

| Si vous vivez en couple : | | Si vous vivez seul (e) : | |
|---|------------------------|---|------------------------|
| <input type="checkbox"/> vous êtes mariés | | <input type="checkbox"/> vous êtes célibataire | |
| <input type="checkbox"/> vous vivez maritalement | depuis le : __/__/____ | <input type="checkbox"/> vous êtes séparé(e) de fait | |
| <input type="checkbox"/> vous êtes liés par un PACS | | <input type="checkbox"/> vous êtes séparé(e) légalement | depuis le : __/__/____ |
| | | <input type="checkbox"/> vous êtes divorcé(e) | |
| | | <input type="checkbox"/> vous êtes veuf | |

2 – RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE CONJOINT OU EX-CONJOINT :

NOM : _____ PRENOM : _____

ADRESSE (si différent de celui du bénéficiaire): _____

SITUATION PROFESSIONNELLE :

Profession :

- employé du **privé** : dans ce cas **faire obligatoirement compléter l'annexe n° 2** par l'employeur du conjoint ou de l'ex-conjoint ou du concubin.
- employé du **public** : dans ce cas **faire obligatoirement compléter l'annexe n° 2** par l'employeur du conjoint ou de l'ex-conjoint ou du concubin et **l'annexe n° 5**.
- sans employeur** ou **autres situations** : dans ce cas **faire obligatoirement compléter l'annexe n° 3** par le conjoint ou l'ex-conjoint ou le concubin.

3 – RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES ENFANTS A CHARGE OUVRANT DROIT AU SUPPLEMENT FAMILIAL DE TRAITEMENT (SFT) :

Aux termes de l'article 10 du décret 85-1148 du 24 octobre 1985, le droit au SFT est ouvert au titre des enfants dont l'agent assume la charge effective et permanente (logement, nourriture, habillement et éducation) à raison d'un seul droit par enfant. La notion d'enfant à charge à retenir pour déterminer l'ouverture du droit est celle fixée par le code de la sécurité sociale : **l'enfant doit être à charge au sens des prestations familiales**, ce qui est distinct de la définition de l'enfant à charge au plan financier et/ou fiscal.

Les dates d'ouverture, de modification et de fin de droit étant celles applicables aux prestations familiales, l'enfant doit, entres autres conditions, répondre aux conditions suivantes :

- Il doit avoir moins de 20 ans
- Il ne doit pas être bénéficiaire, à titre personnel, d'une aide au logement.
- Si l'enfant exerce une activité professionnelle réduite, sa rémunération mensuelle ne doit pas excéder 55% du SMIC.

| NOM | PRENOM | Date de naissance | Lien de parenté (1) | Situation (2) | vit au foyer (oui/non) | perçoit allocation logement (oui/non) |
|---|--------|-------------------|---------------------|---------------|------------------------|---------------------------------------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| (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 de dépasse pas 55% du SMIC - apprenti | | | | | | |

Pour les **enfants de 16 à 20 ans**, remplir obligatoirement **l'annexe n° 4** et fournir les certificats de scolarité.

Je soussigné(e) _____ certifie sur l'honneur que les renseignements portés sur cette demande sont exacts et sincères.

Je m'engage par ailleurs à signaler immédiatement à mon service de gestion tous les changements modifiant cette déclaration, sachant que toute déclaration inexacte, incomplète ou tardive de ma part m'exposerait au remboursement des sommes indûment perçues.

Fait à _____, le __/__/____

Signature

SITUATION DES ENFANTS A CHARGE AGES DE 16 ANS A 20 ANS
REPLIR UNE FICHE PAR ENFANT DE PLUS DE 16 ANS (annexe 4)

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 :

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 et copie de bulletin de paye.
- 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 de 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 (PACS) : 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 effective 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 votre 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 :