***SUPPLÉMENT FAMILIAL DE TRAITEMENT***

Le supplément familial de traitement est un complément de rémunération obligatoire pour tout agent public dont la rémunération est fixée par référence aux traitements des fonctionnaires ou évolue en fonction des variations de ces traitements, ET assumant la charge effective et permanente d’un enfant âgé de moins de 16 ans ou tout enfant jusqu’à l’âge de ses 20 ans sous réserve que sa rémunération n’excède pas 55% du SMIC horaire, multiplié par 169.

**IMPORTANT : afin de percevoir le SFT, des justificatifs doivent accompagner votre demande**

**(Livret de famille, attestation de la CAF, certificat de scolarité ou bulletin de salaire des enfants, attestation de rupture de vie commune, ordonnance de non conciliation, jugement attribuant la garde des enfants en cas de séparation ou tout autre élément permettant de justifier le versement de cet élément de paie).**

**NOM**  PRÉNOM

SITUATION FAMILIALE

Célibataire  Pacsé(e)  Divorcé(e)

Marié(e)  Séparé(e)  Veuf (ve)

Le second parent est-il : Salarié :  Oui  Non

Secteur :  Privé  Public

Remplir l’attestation de l’employeur du second parent au verso précisant qu’il ne perçoit pas le SFT

**OPTION POUR** **les couples de fonctionnaires ou d’agents publics mariés, pacsés ou vivant en concubinage, assumant la charge du ou des mêmes enfants** :

Monsieur Madame       est désigné(e) pour ouvrir droit au supplément familial de traitement au titre du ou des enfants

**SITUATION DES ENFANTS**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nom** | **Prénom** | **Date de naissance** | **Situation de l’enfant  (élève, étudiant, apprenti ou autre..)** | **Adresse de résidence de l’enfant si différente de celle de l’agent** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**À noter** : le supplément est versé à compter du premier jour du mois civil suivant celui au cours duquel les conditions d’ouverture du droit sont réunies et cesse d’être versé le premier jour du mois civil au cours duquel les conditions ne sont plus réunies.

Je soussigné(e)       déclare sur l’honneur l’exactitude des renseignements ci-dessus et m’engage à déclarer sans délai auprès de mon gestionnaire tout changement de situation susceptible de modifier les droits au supplément familial de traitement.

Toute fausse déclaration ou omission de ma part entraînerait l’émission à mon encontre d’un ordre de reversement des sommes irrégulièrement perçues.

Fait Paris, le       ; Signature :

**ATTESTATION**

*À remplir par l’employeur du conjoint ou du concubin* ***si celui-ci est fonctionnaire ou agent public*.**

Je soussigné(e),

Fonction exercée,

Identité de l’Administration :

Certifie que M/Mme      ,

Employé(e) en qualité de       depuis le      ,

Demeurant au      ,

Perçoit un supplément familial de traitement ou un autre avantage à caractère familial

Depuis le

Concernant les enfants suivants : ♦

♦

♦

♦

♦

♦

Ne perçoit **pas** de supplément familial de traitement ou un autre avantage à caractère familial

Ne perçoit **plus** de supplément familial de traitement ou un autre avantage à caractère familial

**Depuis le**

Fait à Paris, le

Cachet du service gestionnaire Signature du responsable