

**DECLARATION DE SITUATION DE FAMILLE
ET
CHOIX DU BENEFICIAIRE DU PAIEMENT DU
SUPPLEMENT FAMILIAL DE TRAITEMENT**

Décret n° 99-491 du 10 juin 1999
Circulaire FP n° 1958 et Budget 2B n° 99-692 du 9 août 1999

SITUATION DE L' AGENT

NOM : _____ PRENOM : _____

NOM DE JEUNE FILLE : _____

DATE ET LIEU DE NAISSANCE : _____

ADRESSE PERSONNELLE : _____

GRADE : _____

Cochez la case correspondant à votre situation :

CELIBATAIRE

MARIE(E) OU REMARIE(E) DEPUIS LE : _____

CONCUBINAGE (UNION LIBRE, CERTIFICAT DE CONCUBINAGE , PACS, ...) DEPUIS LE : _____

VEUF (VEUVE) DEPUIS LE : _____

SEPRE(E) DE FAIT DEPUIS LE : _____

DIVORCE(E) OU SEPRE(E) DE DROIT DEPUIS LE : _____

DECISION RENDUE PAR LE TRIBUNAL DE _____

OBSERVATIONS : _____

SITUATION DU CONJOINT(E) OU DU CONCUBIN(E)

NOM : _____ PRENOM : _____

NOM DE JEUNE FILLE : _____

DATE ET LIEU DE NAISSANCE : _____

ADRESSE PERSONNELLE (SI DIFFERENTE) : _____

SITUATION PROFESSIONNELLE : _____

Cochez la case correspondant à sa situation :

SANS PROFESSION

FONCTIONNAIRE (ETAT OU COLLECTIVITES TERRITORIALES) - préciser l'administration : _____

AGENT PUBLIC – préciser l'établissement ou l'entreprise publique : _____

AUTRE - NOM ET ADRESSE DE L' EMPLOYEUR : _____

ENFANT(S) A CHARGE

NOM	PRENOM	DATE DE NAISSANCE	si l'enfant est né d'une précédente union, précisez la situation de l'autre parent
			Nom/Prénom : Profession :
			Prénom : Profession :
			Nom/Prénom : Profession :
			Nom/Prénom : Profession :
			Nom/Prénom : Profession :
			Nom/Prénom : Profession :

Il est rappelé que tout changement de situation familiale doit être signalé rapidement au service gestionnaire. Les prestations et indemnités pourront être modifiées sans perdre de droits ou versements à tort.

Le supplément familial de traitement ne peut être perçu par 2 personnes différentes pour le même enfant.

Il ne peut être perçu, sauf cas particulier de cession de SFT, que par les personnes ayant les enfants à charge de façon permanente et effective.

Cas particulier :

- si vous reversez du supplément familial de traitement, en partie ou en totalité, à votre ancien(ne) conjoint(e) ou concubin(e), cochez la case :

EXERCICE DU DROIT D'OPTION ET D'ENGAGEMENT

DESIGNATION DU MEMBRE DU COUPLE QUI PERCEVRA LE SFT :

Les soussignés demandent que : (nom /prénom) _____

soit désormais bénéficiaire du supplément familial de traitement. Ils reconnaissent être informés du délai d'un an pendant lequel cette option ne peut être remise en cause et que l'exercice de ce droit d'option entraîne la suppression de l'allocation différentielle prévue par la circulaire du budget n°39-7b du 4 juin 1951.

Ils certifient sur l'honneur que les renseignements portés sur cette déclaration sont exacts et s'engagent à signaler immédiatement à leur service gestionnaire tous les changements intervenant dans leur situation familiale et professionnelle.

FAIT A _____ LE _____

SIGNATURE DE MONSIEUR

SIGNATURE DE MADAME

Document à joindre obligatoirement selon le cas : attestation de l'employeur du conjoint ou attestation sur l'honneur

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations.
(ART. L 554.1 du Code de Sécurité Sociale – ART. 150 du Code Pénal)

ATTESTATION DE L'EMPLOYEUR DU CONJOINT*

*AUTRES CAS : professions libérales, sans profession, parent au foyer ... remplir l'attestation sur l'honneur

Je soussigné(e) _____

Certifie que M. Mme (1) _____

Cochez la case correspondante :

ne perçoit pas d'avantages familial particulier

ne perçoit plus de supplément familial de traitement depuis le _____

perçoit le supplément familial de traitement accordé aux agents de la fonction publique
ou

perçoit un avantage familial* appelé : _____

(*autre que les allocations familiales, les primes à affectation spéciale : prime de gardiennage, de rentrée scolaire, de vacances...)

depuis le : _____ périodicité : mensuelle trimestrielle annuelle

pour les enfants suivants :

Cachet de l'employeur

Fait à _____, le _____

Signature

(1) Rayer la mention inutile

ATTESTATION SUR L'HONNEUR *

* **personnes sans employeur uniquement** : sans profession, parent au foyer, profession libérale, artisan...

Je soussigné(e) _____

sans profession depuis le : _____

Profession : _____

Atteste sur l'honneur :

n'avoir jamais perçu de supplément familial de traitement.

ne plus percevoir de supplément familial de traitement depuis le _____

Cachet de l'entreprise

Fait à _____ , le _____

Signature