

**DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES
SERVICE DE PERSONNELS**

10, rue Tréfilerie – CS 82301 – 42023 Saint-Etienne Cedex 2

**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 d'usage : _____ Prénom : _____
Nom de jeune fille : _____
Date de naissance : _____
Lieu de naissance : _____
Adresse : _____
Code postal : _____ Ville : _____
Equivalent grade : _____

Cochez la case correspondant à votre situation :

Célibataire
 Veuf(ve) Date : _____ Divorcé(e) Date : _____
 Séparé(e) Date : _____ Vie maritale Date : _____
 (Re)marié(e) Date : _____ PACS Date : _____

SITUATION DU CONJOINT

Nom d'usage : _____ Prénom : _____
Nom de jeune fille : _____
Date de naissance : _____
Lieu de naissance : _____
Adresse : _____
Code postal : _____ Ville : _____

Cochez la case correspondant à votre situation :

Sans profession
 Fonctionnaire (Etat / Collectivités territoriales)
Préciser l'administration : _____
 Agent public
Préciser l'établissement / entreprise publique : _____
 Autre (Nom et adresse de l'employeur) : _____

DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES

10, rue Tréfilerie - CS 82301 - 42023 Saint-Etienne Cedex 2

ENFANT(S) A CHARGE

NOM	PRENOM	DATE DE NAISSANCE	Précisez la situation de l'autre parent (Enfant né d'une précédente union)
			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 le SFT, en partie ou en totalité, à votre ancien(ne) conjoint(e), cochez la case :

EXERCICE DU DROIT D'OPTION

Désignation du membre du couple qui percevra le SFT

Les soussignés demandent que M. / Mme (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 à : _____ Le _____

Signature de Monsieur

Signature de Madame

Document à joindre obligatoirement selon le cas : Attestation de l'employeur du conjoint / 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)

DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES

SERVICE DE PERSONNELS

10, rue Tréfilerie – CS 82301 – 42023 Saint-Etienne Cedex 2

ATTESTATION DE L'EMPLOYEUR DU CONJOINT*

Employeur :

Adresse :

Je, soussigné(e) :

Agissant en qualité de :

Atteste que M. / Mme :

Ne perçoit pas d'avantage 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

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 :

Fait à _____, le _____

Cachet de l'employeur

Signature

*Autres cas [Professions libérales, sans profession, parent au foyer...] : Remplir l'attestation sur l'honneur

DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES
SERVICE DE PERSONNELS

10, rue Tréfilerie – CS 82301 – 42023 Saint-Etienne Cedex 2

ATTESTATION SUR L'HONNEUR*

Je, soussigné(e) M. / Mme : _____

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

Fait à _____, le _____

Signature

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