

- Souhaite percevoir le SFT
   
 Ne souhaite plus percevoir le SFT

**FORMULAIRE D'ATTRIBUTION DU SUPPLEMENT FAMILIAL DE TRAITEMENT 2020/2021 (Annexe 1)**
  
**DECLARATION SUR L'HONNEUR**

**1 – RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'AGENT:**

NOM : ..... PRENOM : ..... N°INSEE : .....
   
 DOMICILE : .....
   
 GRADE : ..... DISCIPLINE (enseignant 2d°):.....
   
 NOM DE L'ETABLISSEMENT D'AFFECTATION :.....

**SITUATION DE FAMILLE** (cocher la case correspondante)

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

**2 - RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE CONJOINT OU EX-CONJOINT (rayer les mentions inutiles):**

- AGENT PUBLIC ou AGENT APPARTENANT A UN ORGANISME FINANÇÉ A PLUS DE 50% PAR L'ETAT
   
 AGENT DU SECTEUR PRIVÉ ou SANS EMPLOI

NOM : ..... PRÉNOM : ..... Date de naissance :.....
   
 DOMICILE (si différent de celui du bénéficiaire) : .....
   
 NOM ET ADRESSE DE L'EMPLOYEUR : .....

*Pour les personnels de l'éducation nationale:*

GRADE : ..... DISCIPLINE (enseignant 2d°):.....
   
 NOM DE L'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

**3 - RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES ENFANTS A CHARGE**

NOM ET PRÉNOM	LIEN DE PARENTÉ (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.

A ....., le ..... Signature :

**Mentions légales de la CNIL**

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à la gestion de votre dossier administratif et financier. Les destinataires des données sont votre service gestionnaire et/ou les services de la DRFIP.

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant à la DSDEN de la Gironde (service DGIP) 30 cours de Luze – BP 919 33060 Bordeaux – cedex. En revanche, s'agissant de traitements de données RH, le droit d'opposition des personnes a été régulièrement écarté par les arrêtés de création des systèmes d'information Agora, EPP public et privé, Agape public et privé en application des dispositions de la loi de 1978.

**DÉCLARATION COMMUNE DE CHOIX D'ALLOCATAIRE EN VUE DE L'ATTRIBUTION DU SFT 2020/2021**  
 DANS LE CAS D'UN COUPLE D'AGENTS PUBLICS OU ORGANISMES FINANCÉS A PLUS DE 50% PAR L'ETAT  
 (Annexe 2)

**Madame, Monsieur (1) : ..... est désigné(e) pour ouvrir le droit au 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 : ..... ..... .....

DÉCLARATION 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
<b>A faire remplir obligatoirement</b> à l'exception des personnels payés par le Rectorat de Bordeaux ou les DSDEN (DPE, DEPAT, DGEP, DSDEN)
M. / Mme .....
<input type="checkbox"/> perçoit le SFT depuis le .....
<input type="checkbox"/> ne perçoit pas le SFT depuis le .....
Fait à ....., le..... <b>Cachet et Signature</b>

Mentions légales de la CNIL

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à la gestion de votre dossier administratif et financier. Les destinataires des données sont votre service gestionnaire et/ou les services de la DRFIP.

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant à la DSDEN de la Gironde (service DGIP) 30 cours de Luze – BP 919 33060 Bordeaux – cedex. En revanche, s'agissant de traitements de données RH, le droit d'opposition des personnes a été régulièrement écarté par les arrêtés de création des systèmes d'information Agora, EPP public et privé, Agape public et privé en application des dispositions de la loi de 1978.

**SITUATION DE VOTRE CONJOINT(E) OU EX CONJOINT(E) 2020/2021**  
EXERCANT UNE PROFESSION RELEVANT DU SECTEUR PRIVE ou SANS EMPLOI (annexe 3)

**Attestation sur l'honneur**

Je soussigné(e), Madame, Monsieur :

NOM : .....

PRÉNOM : .....

N°INSEE : \_\_\_\_\_

GRADE : ..... DISCIPLINE (enseignant 2d°):.....

NOM DE L'ETABLISSEMENT D'AFFECTATION : .....

Déclare que mon conjoint (e) ou ex conjoint (e) .....exerce une profession relevant du secteur privé ou est sans emploi depuis le .....

(rayer les mentions inutiles)

Je m'engage sur l'honneur à signaler sans délai tout changement modifiant la présente déclaration.

Fait à ....., le.....

Signature

**Mentions légales de la CNIL**

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à la gestion de votre dossier administratif et financier. Les destinataires des données sont votre service gestionnaire et/ou les services de la DRFIP.

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant à la DSDEN de la Gironde (service DGIP) 30 cours de Luze – BP 919 33060 Bordeaux – cedex. En revanche, s'agissant de traitements de données RH, le droit d'opposition des personnes a été régulièrement écarté par les arrêtés de création des systèmes d'information Agora, EPP public et privé, Agape public et privé en application des dispositions de la loi de 1978.

**CESSION DU SFT A L'EX-CONJOINT(E) N'APPARTENANT PAS A LA FONCTION PUBLIQUE 2020-2021**  
(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 : .....

PRÉNOM : .....

N°INSEE : \_\_\_\_\_

GRADE : ..... DISCIPLINE (enseignant 2d°):.....

NOM DE L'ETABLISSEMENT D'AFFECTION : .....

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

NOM : .....

PRÉNOM : .....

N°INSEE : \_\_\_\_\_

PROFESSION : .....

ADRESSE: .....

TÉLÉPHONE : .....

- ⇒ **Joindre le relevé d'identité bancaire** (format BIC IBAN) de l'ex conjoint(e) à qui le SFT doit être reversé.
  - ⇒ **Joindre un justificatif de domicile récent** de l'ex conjoint(e) à qui le SFT doit 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 PRÉNOM	Date de naissance

Fait à ....., le.....

Signature

**Mentions légales de la CNIL**

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à la gestion de votre dossier administratif et financier. Les destinataires des données sont votre service gestionnaire et/ou les services de la DRFIP.

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant à la DSDEN de la Gironde (service DGIP) 30 cours de Luze – BP 919 33060 Bordeaux – cedex. En revanche, s'agissant de traitements de données RH, le droit d'opposition des personnes a été régulièrement écarté par les arrêtés de création des systèmes d'information Agora, EPP public et privé, Agape public et privé en application des dispositions de la loi de 1978.

**DEMANDE DE COMPLÉMENT DE SFT AU RECTORAT OU DSDEN 2020-2021**  
DANS LE CAS D'UN COUPLE SÉPARÉ 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 ou DSDEN).**

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

NOM : .....

PRÉNOM : .....

N°INSEE : \_\_\_\_\_

GRADE : ..... DISCIPLINE (enseignant 2d°):.....

NOM DE L'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 : .....

PRÉNOM : .....

N°INSEE : \_\_\_\_\_

⇒ INDICE DE RÉMUNÉRATION MAJORÉ (INM) :..... **Joindre une copie de bulletin de salaire de moins de 6 mois**

PROFESSION : .....

ADRESSE: .....

TÉLÉPHONE : .....

NOM ET ADRESSE DE L'EMPLOYEUR : .....

*Pour les personnels de l'éducation nationale:*

GRADE : ..... DISCIPLINE (enseignant 2d°):.....

NOM DE L'ETABLISSEMENT D'AFFECTATION :.....

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

NOM et PRÉNOM	Date de naissance

Fait à ....., le.....

Signature

Mentions légales de la CNIL

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à la gestion de votre dossier administratif et financier. Les destinataires des données sont votre service gestionnaire et/ou les services de la DRFIP.

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant à la DSDEN de la Gironde (service DGIP) 30 cours de Luze – BP 919 33060 Bordeaux – cedex. En revanche, s'agissant de traitements de données RH, le droit d'opposition des personnes a été régulièrement écarté par les arrêtés de création des systèmes d'information Agora, EPP public et privé, Agape public et privé en application des dispositions de la loi de 1978.

## SITUATION DES ENFANTS A CHARGE AGES DE 16 ANS A 20 ANS 2020-2021

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 : .....

PRÉNOM : .....

N°INSEE : \_\_\_\_\_

GRADE : ..... DISCIPLINE (enseignant 2d°): .....

NOM DE L'ETABLISSEMENT D'AFFECTATION : .....

### 2 - Renseignement relatif à l'enfant à charge

NOM : ..... PRÉNOM : .....

NÉ(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, 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 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), Nom ..... Prénom ..... atteste sur l'honneur que mon enfant : Nom ..... Prénom ..... né(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

#### Mentions légales de la CNIL

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à la gestion de votre dossier administratif et financier. Les destinataires des données sont votre service gestionnaire et/ou les services de la DRFIP.

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant à la DSDEN de la Gironde (service DGIP) 30 cours de Luze – BP 919 33060 Bordeaux – cedex. En revanche, s'agissant de traitements de données RH, le droit d'opposition des personnes a été régulièrement écarté par les arrêtés de création des systèmes d'information Agora, EPP public et privé, Agape public et privé en application des dispositions de la loi de 1978.