

Créteil, le 03 avril 2014

Division des ressources
humaines et
des moyens
du 1^{er} degré

DRHM1

Affaire suivie par

0145176052 A à BEK
0145176086 BEL à BZ
0145176054 C à COT
0145176083 COU à DUH
0145176045 DUJ à GEN
0145176048 GEO à I
0145176049 J à LEB
0145176042 LEC à MAR
0145176056 MAS à PAN
0145176043 PAO à REN
0145176050 REO à SR
0145176041 ST à Z

Immeuble le Saint-Simon
68, av. du général
de Gaulle
94011 Créteil cedex

Objet : versement du Supplément Familial de Traitement (« SFT »).

Je vous prie de bien vouloir adresser les documents suivants correspondant à votre situation familiale à la DSDEN-DRHM 1, à l'adresse ci-contre.

• **Dans tous les cas :**

- 2 « contrôles de situation » (imprimés ci-joint) ;
- 2 copies intégrales du livret de famille actualisé ;
- 1 fiche de renseignements concernant les enfants (imprimé ci-joint) ;
- 1 fiche de situation du conjoint ou ex-conjoint (imprimé ci-joint) ;
- 1 attestation de l'employeur du conjoint (et/ou ex-conjoint) de non versement du supplément familial de traitement (imprimé ci-joint) ;
- 1 déclaration commune de choix en vue de l'attribution du SFT dans le cas d'un couple d'agents de la fonction publique (imprimé ci-joint) ;
- 1 certificat de scolarité ou copie du contrat d'apprentissage pour les enfants de plus de 16 ans ;
- 1 attestation délivrée par l'agence nationale pour l'emploi si l'enfant au foyer de moins de 20 ans est demandeur d'emploi ;
- 1 attestation de la caisse d'allocations familiales **à partir du 2^{ème} enfant**.

• **Si vie seule (célibataire, séparé(e), ou divorcé(e)) :**

- 2 attestations sur l'honneur de vie non maritale (imprimé ci-joint) ;
- 2 copies du jugement de divorce ou de l'ordonnance de non conciliation ;
- 2 attestations sur l'honneur de l'ex-conjoint désignant le bénéficiaire du « SFT » en cas de garde alternée des enfants ;
- 1 demande de reversement du SFT à l'ex-conjoint(e) après séparation ou divorce (imprimé ci-joint) ;
- 2 copies des dernières quittances de loyer et d'électricité.

• **Situation particulière du conjoint :**

- 2 copies de la carte d'étudiant année en cours.
- 2 copies de la notification ASSEDIC de votre conjoint, si chômage indemnisé.
- 2 attestations sur l'honneur de non activité rémunérée sur papier libre.

Dans ces trois derniers cas, le conjoint rédige sur papier libre une attestation sur l'honneur l'engageant à avertir la Direction des services départementaux de l'éducation nationale du Val-de-Marne de toute situation d'activité rémunérée.



direction des services
départementaux
de l'éducation nationale
Val-de-Marne
éducation
nationale



Division des
ressources
humaines et
des moyens
du 1^{er} degré

DRHM1

Affaire suivie par

Téléphone
01 45 17
Mél.

@ac-creteil.fr

Immeuble le Saint-
Simon
68, av. du général
de Gaulle
94011 Créteil cedex

**CONTROLE DE SITUATION
(SUPPLEMENT FAMILIAL DE TRAITEMENT)**

ALLOCATAIRE
NOM – Prénom

CONJOINT (*)
NOM – Prénom

SITUATION FAMILIALE

- mariage le
- divorce le
- séparation le
- vie maritale ou union libre ou Pacs le.....
- cessation de vie commune
- décès du conjoint ou concubin le
- célibataire (vie seule) le

SITUATION PROFESSIONNELLE

ALLOCATAIRE

- INSEE N°

lieu d'affectation (adresse exacte)

.....
.....
.....

Depuis le

CONJOINT (*)

profession :

activité salariée
(nom et adresse de l'employeur)

.....
.....
.....

activité non salariée :

chômage :
- indemnisé
- non indemnisé

depuis le

sans profession :

congé parental autre

SITUATION DES ENFANTS OU DES PERSONNES A CHARGE

Nom et Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Téléphone :

Je soussigné(e),

Certifie sur l'honneur que les renseignements portés ci-dessus sont exacts et m'engage à signaler tout changement de situation à la Direction des services départementaux de l'éducation nationale du Val-de-Marne – Division des ressources humaines et des moyens du 1^{er} degré DRHM1.

Date

Signature allocataire

Signature conjoint

(*) Conjoint, Concubin, Vie maritale, Pacs.
Mettre une croix dans la ou les case(s) correspondante(s).

ATTESTATION

ATTESTATION SUR L'HONNEUR DE VIE SEUL(E)

Je soussigné(e) Madame, Monsieur(1).....

Déclare sur l'honneur vivre seul(e) : (ni marié(e) ni en concubinage, ni vie maritale, ni PACS), et élever seul(e), mon (ou mes) enfant(s) depuis le

Inscrire le(s) nom(s) et prénom(s) (des) enfant(s) à charge :

- -

- -

- 1) Fournir une décision du tribunal fixant la résidence de votre (vos) enfant(s) ou un autre document vous confiant (les) enfant(s), s'il(s) a été (ont été) reconnu(s) par l'autre parent.

Je m'engage sur l'honneur à avertir immédiatement le service gestionnaire (DRHM 1) de la direction des services départementaux de l'éducation nationale du Val-de-Marne, de tout changement dans ma situation familiale.

Fait à, le

Signature

ATTESTATION

Attestation à remplir par l'employeur de votre conjoint(e) ou ex-conjoint(e)
 exerçant une activité salariée publique ou privée

CERTIFICAT DE L'EMPLOYEUR DU CONJOINT(E) OU EX CONJOINT(E)

Je soussigné(e) :

Fonction exercée :

Nom de la société, ou raison sociale :

Certifie que Madame, Monsieur (1) :

Employé(e) en qualité de :

Depuis le :

- n'a jamais perçu de supplément familial de traitement
- ne perçoit pas de supplément familial de traitement depuis le
- perçoit un supplément familial de traitement depuis le

Pour les enfants :

NOM	PRENOM

Fait à, le

Signature et cachet de l'employeur

**REVERSEMENT DU SFT A L'EX-CONJOINT(E) APRES
SEPARATION OU DIVORCE**

Je soussigné(e).....demande que le supplément familial de traitement soit
versé à mon ex-conjoint(e) à compter du :

Nom :

Prénom :

Profession :

Grade :Discipline :

Lieu d'exercice :

Adresse :
.....

Téléphone :

Date :

Signature de monsieur

Signature de madame

SITUATION DE VOTRE CONJOINT(E) OU EX-CONJOINT(E)

Attestation à remplir par votre conjoint(e) ou ex-conjoint(e)
sans activité ou exerçant une activité non salariée

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e) Madame, Monsieur(1).....
déclare sur l'honneur :

- exercer une activité libérale en qualité de
depuis le
(Veuillez apposer votre tampon professionnel auprès de votre signature)
- être artisan, commerçant ou exploitant agricole, depuis le
et de ce fait ne pas percevoir de supplément familial de traitement
(Veuillez apposer votre tampon professionnel auprès de votre signature et de joindre copie de votre
inscription au registre des commerces ou autre, selon votre cas)
- n'exercer aucune activité professionnelle depuis le
et m'engage à avertir le service gestionnaire de mon conjoint(e) ou ex-conjoint(e) de tout
changement dans ma situation professionnelle.

Veillez fournir obligatoirement les documents correspondants à votre situation :

- vous êtes étudiant : une copie de la carte étudiant
- vous êtes père ou mère au foyer : une copie de l'avis d'imposition faisant apparaître votre absence
de ressources
- vous êtes en congé parental : document de votre employeur attestant de votre situation.
- vous êtes au chômage : une copie de l'avis d'imposition faisant apparaître vos ressources (ou
l'absence de ressources) et un historique de POLE-EMPLOI
- vous êtes retraité : une copie de votre arrêté de mise en retraite et un relevé de pension.
- vous êtes dans une situation autre que celles énumérées : document officiel à fournir

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

Fait à, le

Signature

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES ENFANTS

ENFANTS A CHARGE AU SENS DES PRESTATIONS FAMILIALES (art. L 152 du code de la Sécurité Sociale)

- énumérés dans l'ordre chronologique des naissances -

Nom et prénom	Date de naissance	Lien de parenté (1)	A compléter Impérativement L'enfant vit-il avec vous ? (2) Oui/non	Perçoit-il une aide au logement		Etablissement scolaire ou universitaire fréquenté (nom et lieu)
				Oui/non	Situation à préciser(3)	

(1) Légitime (issu du mariage des époux ou de l'un d'eux), Naturel, Reconnu, Adopté, Recueilli (en mentionnant, le cas échéant, s'il s'agit de petit-fils ou de petite fille, frère ou sœur, neveu ou nièce).

(2) Etant entendu qu'un enfant en pension dans un établissement scolaire est considéré comme résidant dans la famille

(3) Scolarité obligatoire, étude supérieure, apprentissage, stage de formation professionnelle, contrat de qualification, étudiant salarié, activité salariée inférieure à 55% du S.M.I.C, sans activité professionnelle, demandeur d'emploi indemnisé ou non indemnisé, handicapé.

Je soussigné(e) _____ certifie exacte la présente déclaration et m'engage à faire connaître immédiatement toute modification dans ma situation de famille susceptible d'amener un changement dans la nature des avantages familiaux auxquels je peux prétendre.

A _____, le _____

Signature

Déclaration commune de choix en vue de l'attribution du Supplément Familial de Traitement dans le cas d'un couple d'agents de la fonction publique

Madame, Monsieur (1)est désigné(e) pour ouvrir le droit au Supplément Familial de Traitement

SITUATION FAMILIALE

Madame

Nom :
 Prénom : Nationalité :
 Date de naissance :
 N° de sécurité sociale :

- Célibataire
- Marié (date du mariage :))
- Séparé de fait depuis le
- Divorcé (date du divorce :))
- Veuf (date de décès du conjoint :))
- Vivant seul depuis le
- Vivant maritalement depuis le
- PACSE (date du PACS :))

Adresse :

 Code postal : Ville :

Monsieur

Nom :
 Prénom : Nationalité :
 Date de naissance :
 N° de sécurité sociale :

- Célibataire
- Marié (date du mariage :))
- Séparé de fait depuis le
- Divorcé (date du divorce :))
- Veuf (date de décès du conjoint :))
- Vivant seul depuis le
- Vivant maritalement depuis le
- PACSE (date du PACS :))

Adresse :

 Code postal : Ville :

SITUATION PROFESSIONNELLE

Madame

Profession (grade) :
 Discipline :
 Nom et adresse de l'employeur :

Monsieur

Profession (grade) :
 Discipline :
 Nom et adresse de l'employeur :

DECLARATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e), certifie sur l'honneur que les renseignements portés sur la présente demande et que les documents joints sont exacts et sincères.

Je m'engage à signaler tous les changements modifiant la présente déclaration.

Fait à, le

Signature obligatoire de Madame

Signature obligatoire de Monsieur

(1) rayer la mention inutile

Fraudes : la Loi punit de peines sévères quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations