Modèle n° 09-C-MOD1 - CDG 53 – (novembre 2022)

**Demande de versement du Supplément Familial de Traitement (SFT)**

**Nom de l’agent :** 

**Prénom de l’agent** :

**Adresse :**

**Situation de famille** :

**Célibataire**

**Marié(e) ou pacsé(e)**

Nom et prénom du conjoint :

Travaille dans le secteur :

privé

public dans ce cas choix du versement du SFT :

à l’agent

au conjoint par sa collectivité

Nom et adresse de l’employeur du conjoint*:*

**Concubinage**

Nom et prénom du concubin :

Travaille dans le secteur :

privé

public dans ce cas choix du versement du SFT :

à l’agent

au concubin par sa collectivité

Nom et adresse de l’employeur du concubin*:*

**Divorcé(e) ou dépacsé(e)**

Nom et prénom de l’ex-conjoint :

Travaille dans le secteur :

privé

public

Nom et adresse de l’employeur de l’ex-conjoint :*:*

**Séparé(e)**

Nom et prénom de l’ex-concubin :

Travaille dans le secteur :

privé

public

Nom et adresse de l’employeur de l’ex-concubin :*:*

**Veuf(ve)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOM ET PRENOM DES ENFANTS** DE MOINS DE 20 ANS | DATE DE NAISSANCE | **Qui a la garde de l’enfant de l’agent ?** | | | | **Qui a la garde de l’enfant du conjoint ou concubin ?** | | | | **SITUATION**  *(scolarisé, apprenti, en formation, salarié ou à la recherche d’un emploi…)* |
| Agent | Ex-conjoint ou ex-concubin de l’agent | Garde alternée entre l’agent et ex conjoint (ou ex concubin) | Tierce personne *(préciser le nom)* | Conjoint ou concubin de l’agent | Ex conjoint (ou ex-concubin) du conjoint de l’agent (ou concubin) | Garde alternée entre le conjoint (ou concubin) de l’agent et l’ex conjoint (ou ex-concubin) du conjoint de l’agent (ou concubin) | Tierce personne *(préciser le nom)* |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

REMUNERATION DE L’ENFANT

# L’enfant est apprenti, stagiaire ou salarié

Enfant(s) concerné(s) :



Si l’enfant travaille, est stagiaire ou apprenti, ses revenus nets mensuels ne doivent pas dépasser **55% du Smic brut pour 169 heures**

Si sa rémunération dépasse le plafond un ou plusieurs mois, le droit aux prestations est supprimé pour ce ou ces mois.

(Merci de fournir les bulletins de paye)

# L’enfant poursuit ses études

Enfant(s) concerné(s) :



Si l'enfant est scolarisé ou étudiant et travaille, sa rémunération nette ne doit pas dépasser **55 % du Smic brut pour 169 heures** pour qu'il continue à être considéré comme à charge.

Les salaires sont appréciés sur une période de 6 mois (du 1er octobre au 31 mars et du 1er avril au 30 septembre). Le total est ensuite divisé par 6.

(Merci de fournir les bulletins de paye)

PIECES A FOURNIR

**Veuillez joindre à l’appui de la présente attestation** :

* Copie du livret de famille,
* Certificats de scolarité ou d’apprentissage pour les enfants dans leur 16ème année et de moins de 20 ans
* Attestation d’inscription à pôle emploi de l’enfant
* Fiche de paye de l’enfant si celui-ci est salarié
* Attestation de l’employeur du conjoint/concubin ou ex-conjoint/ex-concubin travaillant dans le secteur public précisant que l’employeur ne verse pas le SFT

La production de ces pièces est indispensable au maintien ou à l’ouverture des droits.

**L’administration peut contrôler, à l’aide de tout moyen de preuve (fiche de paie, attestation, déclaration d’imposition) que le supplément familial reste dû.**

Il vous est donc indiqué que toute attribution indue du supplément familial donnera lieu à reversement obligatoire de votre part.

**Rappel**: la non production des pièces demandées entraîne automatiquement le non versement du supplément familial.

**Je soussigné(e) (nom, prénom)**

**- atteste que mon conjoint ou concubin ne perçoit pas le supplément familial de traitement,**

**- certifie sur l’honneur que les renseignements fournis sur ce formulaire sont exacts,**

**- m’engage à signaler immédiatement tout changement modifiant cette déclaration.**

Le

Signature de l’agent