

## SUPPLEMENT FAMILIAL DE TRAITEMENT

### Dossier à retourner à votre service de gestion

Agent désirant recevoir le supplément familial de traitement (renseigner toutes les rubriques)

Madame, Monsieur (1).....

**PIAL**.....

Grade (AESH) .....

Pour nous permettre d'examiner vos droits éventuels au supplément familial de traitement, dont les conditions d'attribution sont fixées par la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983, vous voudrez bien faire parvenir à votre service de gestion les documents suivants :

- **Copie intégrale du livret de famille**
- **Attestation ci-jointe** (en fonction de votre situation)
- **Choix de l'allocataire**
- **Attestation délivrée par la CAF à partir de 2 enfants**
- **Toute pièce justifiant de votre situation familiale** (jugement d'adoption, de divorce, décision du tribunal fixant la résidence des enfants, etc ...)
- **Certificat de scolarité** pour les enfants de 16 ans et plus
- **Contrat d'apprentissage** pour les enfants de moins de 20 ans non scolarisés ou la **justification d'une rémunération n'excédant pas 55% du SMIC**

Le supplément familial de traitement étant un élément de traitement à caractère familial, ouvert en fonction du nombre d'enfant(s) à charge, nous vous rappelons qu'il **n'est versé qu'à une seule personne** pour un même enfant et qu'il n'est pas cumulable avec un avantage ayant le même objet servi par l'employeur du conjoint.

**La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration (art. L554-1 du code de la Sécurité Sociale)**

### A COMPLETER en fonction de votre situation

**Si vous êtes marié(e) en concubinage ou lié(e) par un PACS, il vous appartient de faire compléter**

**l'attestation n° 1 ou 2**

Si vous avez eu un ou des enfants d'un précédent mariage ou concubinage, veuillez fournir la photocopie du jugement vous confiant la garde de(s) l'enfant(s).

**Si vous vivez seul(e) il vous appartient de compléter les attestations n° 3 et 3 bis**

En cas de divorce ou de séparation, veuillez fournir la photocopie du jugement vous confiant la garde de(s) l'enfant(s).

**Si vous êtes divorcé(e) ou séparé(e) et n'avez pas la garde de(s) l'enfant(s), le supplément familial de traitement peut être versé à votre ex-conjoint(e) ou concubin(e),**

**il vous appartient de compléter l'attestation n° 4**

**SITUATION DE VOTRE CONJOINT(E) OU CONCUBIN(E)**

**ATTESTATION N° 1**

Attestation à remplir par votre conjoint(e) s'il n'exerce pas d'activité professionnelle, s'il est artisan, commerçant ou exploitant agricole ou s'il exerce une activité libérale.

**ATTESTATION SUR L'HONNEUR**

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

exercer une activité libérale en qualité de ..... depuis  
le ...../...../.....

**Veillez 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

**Veillez apposer votre tampon professionnel auprès de votre signature et joindre la copie de votre inscription au registre du commerce ou autre selon le cas.**

n'exercer aucune activité professionnelle depuis le ...../...../..... et m'engage à avertir le service  
gestionnaire de mon conjoint(e) ou concubin(e) de tout changement de ma situation professionnelle.

**Veillez fournir obligatoirement les documents correspondants à votre situation:**

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

Fait à ....., le ...../...../.....

Signature,

(l) Rayer la mention inutile

**SITUATION DE VOTRE CONJOINT(E) OU CONCUBIN(E)**

---

**ATTESTATION N° 2**

---

Attestation à remplir par l'employeur de votre conjoint(e) ou par le service de gestion du SFT pour les agents de l'Etat

**CERTIFICAT DE L'EMPLOYEUR DU CONJOINT(E) OU CONCUBIN(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: ...../...../.....

- ne perçoit pas de supplément familial de traitement ou quelque autre avantage à caractère familial au titre des enfants à charge (complément, sur-salaire...) .
- perçoit un supplément familial de traitement ou quelque autre avantage à caractère familial au titre des enfants à charge d'un montant de ..... depuis le ...../...../..... concernant le ou les enfant(s) suivant(s) :

Fait à ....., le ...../...../.....

Signature,

***Veillez apposer votre tampon professionnel auprès de votre signature.***

---

Si le conjoint est rémunéré par une administration, veuillez préciser :

- son grade.....
- son lieu d'exercice: .....

(I) Rayer la mention inutile.

***Direction des Services départementaux de l'Education nationale de l'Essonne-DEI 3  
Bd de France- Georges Pompidou - 91012 EVRY CEDEX***

---

**ATTESTATION N° 2 BIS**

---

Attestation à remplir par votre employeur secondaire dans la Fonction publique.

**CERTIFICAT DE L'EMPLOYEUR SECONDAIRE DANS LA FONCTION PUBLIQUE**

Je soussigne(e): ..... Fonction

exercée: .....

Nom de la société ou raison sociale: .....

**certifie que Madame, Monsieur** (Rayer la mention inutile).

employé(e) en qualité de: .....

depuis le: ...../...../.....

- ne perçoit pas de supplément familial de traitement ou quelque autre avantage à caractère familial au titre des enfants à charge (complément sur salaire...).
- perçoit un supplément familial de traitement ou quelque autre avantage à caractère familial au titre des enfants à charge d'un montant de ..... depuis le ...../...../..... concernant le ou les enfant(s) suivant(s) :

Fait à ....., le...../...../.....Signature,

*(Veuillez apposer votre tampon professionnel auprès de votre signature)*

**Direction des Services départementaux de l' Education Nationale de l'Essonne – DEI3  
Bd de France-Georges Pompidou - 91012 EVRY CEDEX**

---

**ATTESTATION N° 3**

---

A remplir si vous vivez seul(e)

**ATTESTATION SUR L'HONNEUR DE VIE NON MARITALE**

Je soussigne(e) Madame, Monsieur Ct) .....  
déclare sur l'honneur vivre seul(e) (ni marié(e), ni en concubinage, ni lié(e) par un PACS) et élever seul(e) mon  
(ou mes) enfant(s) depuis le ...../...../.....

Inscrire le(s) nom(s) et prénom(s) de(s) l'enfant(s) a charge:

***Fournir obligatoirement une décision du tribunal fixant la résidence des enfants.***

Je m'engage à avertir immédiatement le service de gestion DEI 3 de la Direction des services de  
l'Education nationale de l'Essonne de tout changement dans ma situation familiale.

Fait à ....., le ...../...../.....

Signature,

(I) Rayer la mention inutile.

***Direction des Services départementaux de l'Education nationale de l'Essonne-DEI 3  
Bd de France-Georges Pompidou- 91012 EVRY CEDEX***

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

---

**ATTESTATION N° 3 BIS**

---

Attestation à remplir par l'employeur de votre ex-conjoint(e) ou par le service de gestion du SFT pour les agents de l'Etat

**CERTIFICAT DE L'EMPLOYEUR DE L'EX-CONJOINT(E) OU EX-CONCUBIN(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: ..../...../.....

ne perçoit pas de supplément familial de traitement ou quelque autre avantage à caractère familial au titre des enfants à charge (complément, sur-salaire...).

- perçoit un supplément familial de traitement ou quelque autre avantage à caractère familial au titre des enfants à charge d'un montant de ..... depuis le ..../...../..... concernant le ou les enfant(s) suivant(s) :

Fait à ....., le .....

Signature,

***Veillez apposer votre tampon professionnel auprès de votre signature.***

---

Si l'ex-conjoint est rémunéré par une administration, veuillez préciser:

- son grade.....
- son lieu d'exercice: .....

(2) Rayer la mention inutile.

***Direction des Services départementaux de l'Education nationale de l' Essonne – DEI 3-***

***Bd de France- Georges Pompidou - 91012 EVRY CEDEX***

REVERSEMENT DU SFT A L'EX-CONJOINTE) OU CONCUBIN(E)

---

**ATTESTATION N° 4**

---

**Votre identification :**

Nom .....

Prénom .....

Grade .....

**PIAL** .....

**Identification du bénéficiaire du reversement du supplément familial de traitement :**

Nom .....

Prénom .....

Profession ..... Ou Grade : .....

Employeur .....

Adresse .....

Téléphone .....

Inscrire le(s) nom(s) et prénom(s) de(s) l'enfant(s) à charge:

**Joindre un relevé d'identité bancaire de l'ex-conjoint(e) ou concubin(e) ainsi qu'une décision du tribunal mentionnant la résidence de vos enfants chez celui-ci (ou celle-ci)**

Fait à ....., le ...../...../.....

Signature,

**Direction des Services départementaux de l'Education nationale de l'Essonne -DEI 3  
Bd de France- Georges Pompidou -91012 EVRY CEDEX**

**CHOIX DEL'ALLOCATAIRE  
DU SUPPLEMENT FAMILIAL DE TRAITEMENT**

**MONSIEUR:**

NOM et PRENOM : .....

ADRESSE: .....

TELEPHONE : .....

**N° INSEE (numéro sécurité sociale) :** .....

PROFESSION : .....

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

depuis le: ...../...../.....

**MADAME:**

NOM et PRENOM : ..... épouse ou veuve : .....

ADRESSE: .....

TELEPHONE : .....

**N° INSEE (numéro sécurité sociale) :** .....

PROFESSION : .....

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

depuis le: ...../...../.....

**SITUATION FAMILIALE**

Si vous vivez en couple :	vous êtes mariés ..... <input type="checkbox"/> vous vivez maritalement..... <input type="checkbox"/> vous êtes liés par un PACS..... <input type="checkbox"/>	depuis le: ...../...../.....
Si vous vivez seul(e):	vous êtes célibataire ..... D vous êtes séparé(e) de fait..... D vous êtes séparé(e) légalement .. D vous êtes divorce(e) ..... <input type="checkbox"/> vous êtes veuf(ve)..... <input type="checkbox"/>	depuis le: ...../...../.....

**SITUATION DES ENFANTS •**

NOM	PRENOM	Lien de parente (fils, fille, etc.)	Date de naissance	Situation (élève, apprenti)	Est-il a votre charge?

**CHOIX DE L'ALLOCATAIRE:**

Si vous vivez en couple, vous pouvez choisir lequel d'entre vous sera l'allocataire, c'est-à-dire celui au nom duquel sera ouvert le dossier. Ce choix est valable pour au moins une année, sauf en cas de séparation, abandon, divorce ou décès.

L'allocataire sera:       Madame                               Monsieur

**Déclaration sur l'honneur: (à signer par Monsieur et Madame si vous vivez en couple)**

*Je certifie sur l'honneur que les renseignements portés sur cette demande sont exacts, que je ne perçois pas de supplément familial de traitement et que je n'en ai pas demandé à un autre organisme..*

*Je m'engage à signaler immédiatement au service de gestion DEI 3 de la Direction des services de l'Education nationale de l'Essonne tous les changements modifiant cette déclaration.*

A ...../...../....., le ...../...../.....

**SIGNATURES**

Monsieur

Madame