# FORMULAIRE D'ATTRIBUTION DU SUPPLEMENT FAMILIAL DE TRAITEMENT

DECLARATION SUR L'HONNEUR

## 1 – RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'AGENT :

NOM : …… PRENOM : ……N°INSEE : ⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌋ ⌊_⌊_⌋

DOMICILE : ……

GRADE : …… DISCIPLINE (si enseignant 2d°):……

ETABLISSEMENT D'AFFECTATION : N° / 0 / / / / / / / [1] LIBELLE : ……

ces références figurent sur le bulletin de paie en haut à gauche.

SITUATION DE FAMILLE (cocher la case correspondante)

| | | | |
|---|---|---|---|
| ☐ Marié(e) : | depuis le…… | ☐ Divorcé(e) : | depuis le…… |
| ☐ Pacsé(e) : | 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 :

☐ **AGENT PUBLIC ou AGENT APPARTENANT A UN ORGANISME FINANCE A PLUS DE 50% PAR L'ETAT**

☐ **AGENT DU SECTEUR PRIVE ou SANS EMPLOI**

NOM : …… PRENOM : ……

DOMICILE (si différent de celui du bénéficiaire) : ……

NOM ET ADRESSE DE L'EMPLOYEUR : ……

……

*Pour les personnels de l'éducation nationale :*

GRADE : …… DISCIPLINE (si enseignant 2d°):……

ETABLISSEMENT D'AFFECTATION : N° / 0 / / / / / / / [1] LIBELLE :……

**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 PRENOM | LIEN DE PARENTE (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 :