

**Demande d'attribution du**  
**Supplément Familial de Traitement (SFT)**  
(fonctionnaires Etat et contractuels de droit public)  
**Campagne 2019/2020**  
(Loi du 28 juillet 1991- Art 4 / Décret 99-491 du 10 juin 1999)

Division des Rémunérations et des Retraites

Bureau des Rémunérations

**A RETOURNER AU PLUS TARD LE 19 MARS 2019**  
**par la voie hiérarchique**

 1<sup>ère</sup> Demande Révision**L'AGENT**

NOM ▶ ..... Prénom ▶ .....  
Adresse personnelle ▶ .....  
Etablissement ▶ .....

**SITUATION FAMILIALE**

célibataire (1)       vie commune (2) depuis le ▶ .....       pacsé(e) (2) depuis le ▶ .....  
 marié(e) (2) depuis le ▶ .....       séparé(e) (1) depuis le ▶ .....       Divorcé(e) (1) depuis le ▶ .....  
 Veuf (ve) (1) depuis le ▶ .....

(1) compléter l'annexe 1

(2) produire : la copie intégrale du livret de famille pour les couples mariés et ou tout document officiel justifiant d'une vie commune ET photocopie des pièces d'identité de chacun des membres du couple ET la page 1 de la dernière déclaration des revenus annuels ET l'une des pièces suivantes : quittance loyer, facture électricité, compte bancaire joint, tout autre document probant.

**ENFANTS A CHARGE au 1<sup>er</sup> mars 2019****les enfants âgés de 16 à 20 ans sont considérés à charge dans les situations suivantes :**

étudiant – lycéen – inactif – collégien – apprenti – scolarisé – non scolarisé – salarié dont la rémunération ne dépasse pas 55 % du SMIC et ne percevant pas l'allocation personnalisée au logement (APL) ou l'allocation logement sociale (ALS).

NOM	Prénom	Lien de parenté (3)	Date de naissance	Situation (4) (si + 16 ans compléter annexe 2)

(3) adoptif- enfant du conjoint ou du concubin ...

(4) étudiant – lycéen – collégien – salarié dont la rémunération ne dépasse pas 55% du SMIC – apprenti – scolarisé

**SITUATION PROFESSIONNELLE DU CONJOINT, CONCUBIN(E), PACS A compléter obligatoirement par l'employeur**

NOM ▶ ..... Prénom ▶ .....  
Profession :  Sans emploi (4)       Secteur privé       Secteur public       Autre (4)

L'employeur ▶ ..... certifie que  Mme       M.

Employé(e) en qualité de ▶ ..... Depuis le ▶ .....

 PERCOIT le SFT       NE PERCOIT PAS le SFT A CESSÉ DE PERCEVOIR le SFT depuis le ▶ ..... CESSERA DE PERCEVOIR le SFT à compter du ▶ .....

Cachet et Signature de l'EMPLOYEUR  
Fait le ▶ .....

**DETERMINATION DE L'ATTRIBUTAIRE DU SFT – ENGAGEMENT DES CONJOINTS**

(à compléter par les personnes mariées, vivant en couple/ayant conclu un PACS ou divorcés ;

**l'option ne peut être remise en cause qu'au bout d'un an, sauf changement de situation (divorce, séparation...)**

Nous soussignés, désignons d'un commun accord comme attributaire du SFT :  Le père       La mère  
à compter du ▶ .....      Signature du père      **ET**      Signature de la mère

**Déclaration sur l'honneur A compléter obligatoirement**

➤ Je certifie sur l'honneur que les renseignements portés sur ce document sont exacts. Je m'engage à faire connaître immédiatement, par écrit, au bureau des rémunérations, tout changement dans la situation décrite ci-dessus. **TOUTE FAUSSE DECLARATION OU OMISSION, ENTRAINANT UN PAIEMENT INDU, PEUT DONNER LIEU A DES SANCTIONS DISCIPLINAIRES VOIRE DES POURSUITES JUDICIAIRES (NONOBTANT L'OBLIGATION DE REMBOURSER LE MONTANT DU TROP PERÇU)**

➤ **Je certifie avoir pris connaissance de la circulaire du 05/11/2018 jointe et je prends note que toute demande transmise hors délai ou incomplète ne pourra donner lieu à régularisation que dans les délais prévus par la réglementation afférente.**

A .....le .....  
« Lu et signé en toute connaissance de cause »  
Signature de l'attributaire