

COUPON-RÉPONSE A L'ENQUÊTE SFT 2021-2022

A REMPLIR AVANT LE 30 NOVEMBRE 2021

**INFORMATIONS CONCERNANT L'AGENT :**

Nom : .....Prénom : .....

Né(e) le : .....

Service : .....

Corps : .....

Déclare que :

: Ma situation relative au SFT reste inchangée pour l'année 2021-2022 et au moins un de mes enfants a plus de 16 ans. Je complète l'annexe 2 ou l'annexe 8 et je joins les pièces justificatives demandées.

: Ma situation a évolué, je complète les annexes correspondantes et je joins les pièces justificatives demandées.

RAPPEL : La non production des pièces demandées entraîne automatiquement le non versement du supplément familial de traitement.

L'administration peut contrôler, à l'aide de tout moyen de preuve que le supplément familial reste dû.

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

Je certifie sur l'honneur que les renseignements portés sur ce document sont exacts et **je m'engage à signaler immédiatement tout changement modifiant cette déclaration sans attendre la prochaine enquête annuelle.**

Date et signature de l'agent :



**SITUATION DES ENFANTS À CHARGE ÂGÉS DE 16 À 20 ANS  
(ANNEXE 2)  
REEMPLIR UNE FICHE PAR ENFANT DE PLUS DE 16 ANS**

De 16 à 20 ans, l'enfant est considéré comme à charge s'il ne perçoit pas une rémunération nette mensuelle supérieure à 55% du SMIC horaire brut x 169, une allocation de son propre chef (ALS ou APL) ou s'il ne vit pas en couple (mariage, PACS, concubinage).

**INFORMATIONS CONCERNANT L'AGENT :**

Nom : .....Prénom : .....Né(e) le : .....

Adresse : .....

Service : .....

**INFORMATIONS CONCERNANT L'ENFANT À CHARGE :**

Nom : ..... Prénom : .....

Né(e) le : .....

**SITUATION DE L'ENFANT À CHARGE : (cocher la case correspondant à la situation)**

- Poursuivant ses études (rappel : cet enfant ne doit pas bénéficier d'aide au logement (APL ou ALS))  
→ Joindre un certificat de scolarité.
- Placé en apprentissage → Joindre une copie du contrat d'apprentissage.
- En stage de formation professionnelle → Joindre une attestation de l'organisme responsable du stage de formation professionnelle indiquant la durée, le type et rémunération.
- Infirmes, handicapés ou atteints d'une maladie chronique → Joindre une attestation indiquant que cet enfant ouvre droit à l'allocation d'éducation spéciale ou un certificat médical attestant l'état de santé de votre enfant.
- Enfant salarié avec rémunération nette mensuelle qui n'excède pas 55% du SMIC horaire brut x 169 → Joindre un bulletin de salaire ou un avis de paiement Pôle emploi le cas échéant.
- Enfant n'entrant pas dans l'une des catégories énumérées, ci-dessus, et âgé de moins de 20 ans → Joindre une attestation justifiant de sa situation (Annexe 8).
- Enfant vivant en concubinage ou marié ou ayant conclu un pacte civil de solidarité. Cet enfant n'est plus considéré comme étant à votre charge au sens du Code de la sécurité sociale.

**RAPPEL :** La non production des pièces demandées entraîne automatiquement le non versement du supplément familial de traitement.

L'administration peut contrôler, à l'aide de tout moyen de preuve que le supplément familial reste dû.

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

Je certifie sur l'honneur que les renseignements portés sur ce document sont exacts et **je m'engage à signaler immédiatement tout changement modifiant cette déclaration sans attendre la prochaine enquête annuelle.**

Date et signature de l'agent :



**DÉCLARATION COMMUNE DE CHOIX D'ALLOCATAIRE EN VUE DE L'ATTRIBUTION  
DU SFT (ANNEXE 3)  
DANS LE CAS D'UN COUPLE D'AGENTS PUBLICS**

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

(1) *Rayer la mention inutile*

<b>SITUATION FAMILIALE</b>	
<b>AGENT</b>	<b>CONJOINT (OU EX-CONJOINT)</b>
Nom : .....	Nom : .....
Prénom : .....	Prénom : .....
Date de naissance : .....	Date de naissance : .....
Adresse : .....	Adresse : .....
.....	.....
Code postal : .....	Code postal : .....
Ville : .....	Ville : .....

<b>SITUATION PROFESSIONNELLE</b>	
<b>AGENT</b>	<b>CONJOINT (OU EX-CONJOINT)</b>
Grade : .....	Grade : .....
Affectation : .....	Affectation : .....
Nom et adresse de l'employeur : .....	Nom et adresse de l'employeur : .....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....

<b>DÉCLARATION SUR L'HONNEUR</b>	
<b>Je m'engage à signaler tous les changements modifiant la présente déclaration.</b>	
Fait à....., le.....	
Signature obligatoire de l'agent :	Signature obligatoire du conjoint (ou ex-conjoint) :

**ATTESTATION DE VERSEMENT OU DE NON VERSEMENT DE SFT AU CONJOINT  
OU EX-CONJOINT (ANNEXE 4)  
À REMPLIR PAR L'EMPLOYEUR PUBLIC DU CONJOINT OU EX-CONJOINT**

**INFORMATIONS CONCERNANT L'AGENT :**

Nom : .....Prénom : .....Né(e) le : .....

Adresse : .....

Service : .....

**INFORMATIONS CONCERNANT LE (LA) CONJOINT(E) (à remplir par l'employeur public du conjoint) :**

Je soussigné(e), (Nom, Prénom, Qualité) : .....

Administration (Nom et adresse) : .....

Certifie que Monsieur – Madame (1) : .....

Grade : .....

(2)  **Perçoit** de notre part un supplément familial de traitement depuis le .....

**CONCERNANT LE OU LES ENFANT(S) À CHARGE :**

NOM ET PRÉNOM DES ENFANTS À CHARGE (enfants de l'agent ou du conjoint)	DATE DE NAISSANCE	SITUATION (Scolarisé, apprenti, en formation, salarié, recherche d'emploi)

(2)  **Ne perçoit pas** de notre part un supplément familial de traitement.

(1) *Rayer la mention inutile*  
(2) *Cocher la case intéressée*

Fait à ....., le .....

Cachet et Signature de l'autorité délivrant l'attestation :



**SITUATION DE VOTRE CONJOINT(E) OU EX-CONJOINT(E)  
SANS ACTIVITÉ OU EXERÇANT UNE ACTIVITÉ NON SALARIÉE (ANNEXE 5)  
ATTESTATION À REMPLIR PAR VOTRE CONJOINT(E) OU EX-CONJOINT(E)**

**ATTESTATION SUR L'HONNEUR**

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

**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 (1), depuis le : .....

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

(1) *Rayer la mention inutile*

N'exercer aucune activité professionnelle depuis le :

.....

Et m'engage à avvertir le service gestionnaire de mon conjoint(e) ou ex-conjoint(e) de tout changement de ma situation professionnelle.

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

- Vous êtes étudiant : une copie de la carte d'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 : un document de votre employeur attestant votre situation,
- Vous êtes au chômage : une attestation Pôle emploi de moins de 3 mois,
- Vous êtes retraité : une copie de votre arrêté de mise à la retraite ou un relevé de pension,
- Vous êtes dans une situation autre que celles énumérées : un document officiel.

**RAPPEL :** La non production des pièces demandées entraîne automatiquement le non versement du supplément familial de traitement.

L'administration peut contrôler, à l'aide de tout moyen de preuve que le supplément familial reste dû.

Il vous est donc indiqué que toute attribution indu de supplément familial de traitement donnera lieu à un reversement obligatoire de votre part.

**Je m'engage à signaler immédiatement tout changement modifiant cette déclaration sans attendre la prochaine enquête annuelle**

Fait à....., le.....

Signature (et tampon professionnel le cas échéant) :



**CESSION DU SFT À L' EX-CONJOINT N'APPARTENANT PAS  
À LA FONCTION PUBLIQUE (ANNEXE 6)**

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

**INFORMATIONS CONCERNANT L'AGENT :**

Nom : .....Prénom : .....Né(e) le : .....

Adresse : .....

Service : .....

**INFORMATIONS CONCERNANT L'EX-CONJOINT(E) ayant la charge des enfants :**

Nom : .....

Prénom : .....

Profession : .....

Adresse : .....

.....

Téléphone : ..... Mail : .....

**Veillez fournir obligatoirement les documents suivants :**

- Le relevé d'identité bancaire (format BIC IBAN) de l'ex-conjoint(e) à qui le SFT va être reversé,
- Un justificatif de domicile récent de l'ex-conjoint(e) à qui le SFT va être reversé.
- 

**Tout changement doit immédiatement être porté à la connaissance de votre service gestionnaire.**

**CONCERNANT LE OU LES ENFANT(S) À CHARGE DE L'EX-CONJOINT(E) SUIVANT(S) :**

NOM ET PRÉNOM DES ENFANTS À CHARGE (enfants de l'agent ou du conjoint)	DATE DE NAISSANCE	SITUATION (Scolarisé, apprenti, en formation, salarié, recherche d'emploi)

Fait à....., le.....

Signature:



**DEMANDE DE COMPLÉMENT DE SFT À LA DGAC  
DANS LE CAS D'UN COUPLE SÉPARÉ D'AGENTS PUBLICS (ANNEXE 7)  
À REMPLIR PAR L'EMPLOYEUR PUBLIC DE L'EX-CONJOINT**

Je soussigné(e)..... demande à recevoir le complément de supplément familial de traitement par l'administration de mon ex-conjoint(e) (DGAC).

**INFORMATIONS CONCERNANT L'AGENT** (qui n'a pas la garde des enfants et qui est rémunéré par la DGAC) :

Nom : .....Prénom : .....Né(e) le : .....

Adresse : .....

Service : .....

**INFORMATIONS CONCERNANT L'EX-CONJOINT(E)** (à remplir par l'employeur public de l'ex-conjoint(e)) :

Je soussigné(e), (Nom, Prénom, Qualité) : .....

Administration (Nom et adresse) : .....

Certifie que Monsieur – Madame (1) : .....

Grade, indice majoré : .....

Perçoit un supplément familial de traitement brut de : .....

→ Joindre le dernier bulletin de salaire de l'agent.

**CONCERNANT LE OU LES ENFANT(S) À CHARGE :**

NOM ET PRÉNOM DES ENFANTS À CHARGE (enfants de l'agent ET de l'ex- conjoint)	DATE DE NAISSANCE	SITUATION (Scolarisé, apprenti, en formation, salarié, recherche d'emploi)

Fait à....., le.....

Cachet et Signature de l'autorité délivrant l'attestation :



SITUATION DE VOTRE ENFANT  
(ANNEXE 8)  
ATTESTATION À REMPLIR PAR L'AGENT

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

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

**Déclare sur l'honneur :**

Que l'enfant (Nom, Prénom, Date de naissance) : .....

N'entre pas dans l'une des situations énumérées à l'annexe 2 mais demeure à ma charge.

→ Joindre obligatoirement votre dernier avis d'imposition.

RAPPEL : La non production des pièces demandées entraîne automatiquement le non versement du supplément familial de traitement.

L'administration peut contrôler, à l'aide de tout moyen de preuve que le supplément familial reste dû.

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

**Je m'engage à signaler immédiatement tout changement modifiant cette déclaration sans attendre la prochaine enquête annuelle**

Fait à....., le.....

Signature de l'agent



SITUATION FAMILIALE  
(ANNEXE 9)  
ATTESTATION À REMPLIR PAR L'AGENT

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

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

**Déclare sur l'honneur :**

Que je suis séparé(e) du parent de l'enfant ou des enfants suivant : (Nom(s), Prénom(s), Date(s) de naissance)

.....  
.....

par l'un des cas suivant : dissolution de pacs, rupture de vie commune autre que le divorce.

Et que ce(s) dernier(s) demeure(nt) à ma charge exclusive.

→ Joindre obligatoirement votre dernier avis d'imposition.

RAPPEL : La non production des pièces demandées entraîne automatiquement le non versement du supplément familial de traitement.

L'administration peut contrôler, à l'aide de tout moyen de preuve que le supplément familial reste dû.

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

**Je m'engage à signaler immédiatement tout changement modifiant cette déclaration sans attendre la prochaine enquête annuelle**

Fait à....., le.....

Signature de l'agent