

UNIVERSITÉ D'AVIGNON  
ET DES PAYS DE VAUCLUSE

Direction des ressources humaines

## DEMANDE D'ATTRIBUTION DU SUPPLEMENT FAMILIAL DE TRAITEMENT

(Décret n°85-1148 du 24 octobre 1985 modifié)  
Document à compléter et renvoyer à la DRH

Année 20.. – 20..

Annexe I

### Renseignements relatifs à la famille

#### **ATTRIBUTAIRE** (personnel de l'UAPV)

Mme  M.

NOM DE FAMILLE : ..... NOM D'USAGE : ..... Prénom : .....

- *Si vous êtes fonctionnaire ou assimilé, préciser :*

Corps/Grade : ..... Composante/Service/Direction : .....

#### **1 Situation de famille**<sup>1</sup>

célibataire  marié.e  divorcé.e  séparé.e  vie maritale  PACS  veuf.ve  
Depuis le : .....

#### **2 Adresse de la Famille** (en cas de divorce avec garde alternée des enfants, indiquer l'adresse de chaque parent) :

.....  
.....  
.....

#### **SITUATION PROFESSIONNELLE DU CONJOINT**<sup>2</sup> :

Mme  M.

NOM DE FAMILLE : ..... NOM D'USAGE ..... Prénom : .....

#### Exerce la profession de :

*Si vous êtes fonctionnaire ou assimilée, préciser :*

Corps/Grade : .....

Si vous êtes agent de l'Education Nationale, préciser l'établissement d'affectation : .....

Dénomination : ..... Ville : .....

Depuis le : .....

*Si vous n'êtes pas fonctionnaire ou assimilée, préciser*<sup>3</sup> :

Profession : .....

Employeur et adresse de l'employeur : .....

Depuis le : .....

*N'exerce pas d'activité*<sup>3</sup>

Depuis le : .....

#### **3 Enfants à charge âgés de moins de 16 ans et vivant à votre foyer**<sup>4</sup> :

*Rappel : les enfants à charge ne doivent pas percevoir l'allocation personnalisée au logement (APL) ou l'allocation logement sociale (ALS). La notion d'enfant à charge est celle retenue dans le code de la sécurité sociale pour les prestations familiales. Pour les enfants à charge sans lien de parenté avec le demandeur, joindre copie du dernier avis d'imposition ou de non imposition, une attestation CAF prestation familiale.*

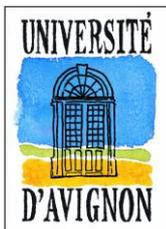
Nom – Prénom	Date de naissance	Lien de parenté (légitime, naturel, adopté, neveu, nièce ...)	Situation (Préciser si : élève, apprenti, étudiant ...)
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

<sup>1</sup> Cocher la case correspondant à la situation.

<sup>2</sup> Pour les conjoint.e.s travaillant : fournir l'attestation de non bénéficiaire.

<sup>3</sup> Pour les conjoint.e.s exerçant une activité libérale ou assimilée ou sans profession : fournir une attestation sur l'honneur sur papier libre d'aucune perception à ce titre.

<sup>4</sup> Joindre copie intégrale du livret de famille.



UNIVERSITÉ D'AVIGNON  
ET DES PAYS DE VAUCLUSE

Direction des ressources humaines

## DEMANDE D'ATTRIBUTION DU SUPPLEMENT FAMILIAL DE TRAITEMENT

(Décret n°85-1148 du 24 octobre 1985 modifié)

*Document à compléter et renvoyer à la DRH*

Année 20.. – 20..

**Annexe I**

**4 Enfants à charge âgés de plus de 16 ans et vivant à votre foyer<sup>4,5 et 6</sup> :**

Nom – Prénom	Date de naissance	Lien de parenté (légitime, naturel, adopté, neveu, nièce ...)	Situation (Préciser si : élève, apprenti, étudiant ...)
Enfant 1 (E1) : .....	.....	.....	.....
Enfant 2 (E2) : .....	.....	.....	.....
Enfant 3 (E3) : .....	.....	.....	.....
Enfant 4 (E4) : .....	.....	.....	.....

E1 E2 E3 E4

**Placé en apprentissage** → Joindre la photocopie du contrat d'apprentissage.

**En stage de formation professionnelle**

→ Joindre une attestation de l'organisme responsable du stage de formation professionnelle.

**Poursuivant ses études (Rappel : cet enfant ne doit pas bénéficier d'aide au logement (APL ou ALS))**

→ Joindre un certificat de scolarité.

*Une activité professionnelle réduite n'est pas incompatible avec le maintien du SFT dès lors que la rémunération mensuelle n'excède pas 55% du SMIC mais vous devez fournir les bulletins de salaire de votre enfant ou avis de paiement Assedic, selon le cas.*

**Infirme, handicapé ou atteint d'une maladie chronique**

→ Joindre impérativement une attestation indiquant que cet enfant ouvre droit à l'allocation d'éducation spéciale et un certificat médical attestant l'état de santé de votre enfant.

**Enfant n'entrant pas dans l'une des catégories énumérées, ci-dessus, et âgé de moins de 20 ans.**

*Une activité professionnelle réduite n'est pas incompatible avec le maintien du SFT dès lors que la rémunération mensuelle n'excède pas 55% du SMIC mais vous devez fournir les bulletins de salaire de votre enfant ou avis de paiement Assedic, selon le cas.*

**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 → Joindre copie de l'acte de mariage ou du contrat de PACS ou du certificat de vie commune ou de concubinage.

### Déclaration sur l'honneur

Je certifie sur l'honneur que les renseignements portés sur ce document sont exacts. Je m'engage à faire connaître immédiatement, par écrit, à la Direction des ressources humaines, tout changement modifiant cette déclaration. Je suis informé.e que la loi punit quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (Article L.554-1 du code de la Sécurité sociale - Article 441-1 du code Pénal) et que toute déclaration inexacte ou incomplète de ma part m'expose au remboursement des sommes perçues.

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

**Signature de l'attributaire**

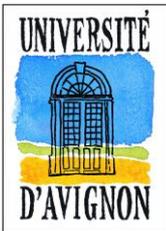
(Faire précéder la signature de la mention : « lu et signé en toute connaissance de cause »)

"Le droit d'accès et de rectification des données vous concernant prévu par la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés peut être exercé auprès du service qui a traité le présent document".

<sup>4</sup> Joindre copie intégrale du livret de famille.

<sup>5</sup> Pour les enfants de + de 16 ans : joindre un justificatif de situation de l'enfant à charge : certificat de scolarité, d'apprentissage, de recherche d'emploi, d'activité, pour les enfants de - de 20 ans dont la rémunération, n'excède pas 55% du SMIC, moyenne sur 6 mois pour les étudiants.

<sup>6</sup> Cocher la case correspondant à la situation.



UNIVERSITÉ D'AVIGNON  
ET DES PAYS DE VAUCLUSE

Direction des ressources humaines

## DEMANDE D'ATTRIBUTION DU SUPPLEMENT FAMILIAL DE TRAITEMENT

(Décret n°85-1148 du 24 octobre 1985 modifié)  
Document à compléter et renvoyer à la DRH

Année 20.. – 20..

Annexe II

### ATTESTATION A REMPLIR PAR L'EMPLOYEUR DU CONJOINT

En cas de changement d'employeur, merci de fournir une nouvelle attestation

Je soussigné.e (Nom, Prénom et qualité du signataire) : .....

atteste que  Mme  M. <sup>1</sup>

NOM DE FAMILLE : ..... NOM D'USAGE : ..... Prénom : .....

employé.e depuis le ..... en qualité de ..... dans (dénomination sociale de l'employeur).....

1)  Bénéficie du supplément familial de traitement alloué aux fonctionnaires de l'Etat en vertu des dispositions du décret n°51-619 du 14 mai 1951. <sup>1</sup>  oui  non

2)  Perçoit un avantage familial, au titre d'un statut particulier, qui lui confère, de ce fait, une rémunération supérieure à celle d'un employé de même catégorie n'ayant pas d'enfant à charge <sup>1</sup>, appelé : .....  oui  non

Au titre des enfants, ci-dessous, désignés :

Nom – Prénom	Date de naissance
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....

3)  Ne bénéficie plus de supplément familial de traitement à compter du <sup>1</sup> .....

4)  N'a jamais bénéficié du supplément familial de traitement <sup>1</sup>

CACHET DE L'EMPLOYEUR Fait à ....., le .....  
Signature

5)  Conjoint.e sans emploi <sup>1</sup>

6)  Autre situation du conjoint.e (conjoint.e décédé.e, etc ...) <sup>2</sup> : .....

### DECLARATION SUR L'HONNEUR A REMPLIR PAR L'ATTRIBUTAIRE

Je certifie sur l'honneur que les renseignements portés sur ce document sont exacts. Je m'engage à faire connaître immédiatement, par écrit, à la Direction des ressources humaines, tout changement modifiant cette déclaration. Je suis informé.e que la loi punit quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (Article L.554-1 du code de la Sécurité sociale - Article 441-1 du code Pénal) et que toute déclaration inexacte ou incomplète de ma part m'expose au remboursement des sommes perçues.

NOM, Prénom de l'attributaire : A ....., le .....

.....

Signature de l'attributaire

(Faire précéder la signature de la mention : « lu et signé en toute connaissance de cause »)

<sup>1</sup> Le droit d'accès et de rectification des données vous concernant prévu par la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés peut être exercé auprès du service qui a traité le présent document".

<sup>1</sup> Cocher la case correspondant à la situation.

<sup>2</sup> Préciser la situation du conjoint.e..