

ENQUETE SUPPLEMENT FAMILIAL DE TRAITEMENT

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT :

AGENT

NOM :

Prénom :

N°INSEE :

CONJOINT(E) CONCUBIN(E)

NOM :

Prénom :

Profession :

Employeur :

SITUATION FAMILIALE

Marié(e) Concubinage PACS Célibataire

Séparé(e) Divorcé(e) Veuf (ve)

Nombre d'enfants à charge :

A partir de deux enfants, fournir obligatoirement l'attestation de paiement de la CAF.

**DECLARATION EN VUE DU CHOIX DU BENEFICIAIRE
DU SUPPLEMENT FAMILIAL DE TRAITEMENT**

(LOI 91-715 du 28/07/1997 – ART 4 – JO du 27/07/1991)
(DECRET 99-491 du 10/06/1999 – JO du 13/06/1999)

ENGAGEMENT

Les personnes désignées précédemment déclarent que :

- Madame..... |
ou
 Monsieur..... |

Est désormais le bénéficiaire du Supplément Familial de Traitement et reconnaissant être informés du délai d'un an pendant lequel cette option ne peut être remise en cause (sauf en cas de changement de situation familiale ou professionnelle).

Fait à : le

Signature de Madame
*(précédée de la mention
lu et approuvé)*

et

Signature de Monsieur
*(précédée de la mention
lu et approuvé)*

Le supplément familial différentiel prévu par
la circulaire Budget n°39-7-B4- du 09 juin 195 1
n'est plus versé

A FAIRE REMPLIR **OBLIGATOIREMENT** PAR
L'EMPLOYEUR DU CONJOINT

Identification de l'employeur

NOM :

Adresse :

.....

certifie que :

Monsieur (Madame)

perçoit le supplément familial de traitement

ne perçoit pas de supplément familial de traitement

a cessé de percevoir le supplément familial de traitement depuis le

cessera de percevoir le supplément familial de traitement à compter du :

(autre que les prestations familiales versées par la caisse d'allocations familiales et les avantages tels que : indemnités vacances, primes de fin d'année, de scolarité...)

Cachet de l'entreprise

Fait à le

« Je m'engage à signaler tout changement susceptible de survenir dans ma situation familiale ou professionnelle »

La signature doit être précédée de la mention « lu et approuvé »

Fait à :

Le :/...../.....

Signature