

NB : Ce document ne concerne pas les agents ayant un contrat de droit privé (apprentis, stagiaires écoles, contrat d'insertion, CIFRE), ni les assistants familiaux.

## DEMANDE D'OCTROI OU DE RENOUVELLEMENT DU SUPPLEMENT FAMILIAL DE TRAITEMENT 2020. 2021

Afin de nous permettre d'examiner vos droits éventuels au Supplément Familial de Traitement, nous vous remercions de bien vouloir compléter cette attestation et d'en faire retour à votre Service des Ressources Humaines (précisez celui dont vous dépendez) au plus tard le 30 octobre 2020

NOM :  
Service / Subdivision :

PRÉNOM :  
MATRICULE :

### SITUATION FAMILIALE

Célibataire     Divorcé-e     Marié-e     PACSé-e     Séparé-e     Union libre     Veuf-ve

### INFORMATIONS CONCERNANT LE-LA CONJOINT-E

NOM :

PRENOM :

Votre conjoint est-il :      Salarié :     OUI     NON      Secteur :     PUBLIC     PRIVE  
Nom et adresse de l'employeur : *(attestation au verso à compléter)*

Si votre conjoint-e est employé-e dans le secteur public, le couple désigne Madame ou Monsieur ..... pour percevoir le SFT

### INFORMATIONS CONCERNANT LES ENFANTS À CHARGE DE MOINS DE 20 ANS

| Nom et prénom de l'enfant à charge | Date de naissance | Préciser la situation de l'enfant (scolarisé, apprenti, en formation, salarié ou à la recherche d'un emploi) |
|------------------------------------|-------------------|--|
|                                    |                   |  |
|                                    |                   |  |
|                                    |                   |  |
|                                    |                   |  |
|                                    |                   |  |
|                                    |                   |  |

Je soussigné(e), ....., atteste sur l'honneur que l'ensemble des renseignements indiqués sur le présent imprimé sont bien exacts et sincères.

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.

Date et signature du bénéficiaire :

### PIÈCES A FOURNIR

| OUVRENT DROIT AU S.F.T.  | PIÈCES À FOURNIR   |
|--|--|
| Les enfants jusqu'à la fin de l'obligation scolaire (16 ans)   |  |
| Les jeunes de moins de 20 ans (sous réserve que leur rémunération n'excède pas 55 % du SMIC soit 846.70€) qui :                                    |  |
| > poursuivent des études   | le certificat de scolarité   |
| > sont placés en apprentissage, en stage de formation professionnelle ou titulaire d'un contrat conclu dans le cadre de la formation en alternance | le contrat et une attestation de salaire   |
| > demandeurs d'emplois   | l'attestation d'inscription à Pôle emploi  |
| Les agents divorcés et qui ont la charge effective d'un ou plusieurs enfant-s  | la copie du jugement de divorce précisant la charge des enfants si elle n'a pas été déjà communiquée à votre gestionnaire RH |

**NB : Ce document ne concerne pas les agents ayant un contrat de droit privé (apprentis, stagiaires écoles, contrat d'insertion, CIFRE), ni les assistants familiaux.**

## CERTIFICAT DE L'EMPLOYEUR DU CONJOINT OU DE L'EX-CONJOINT

**Attestation à remplir par l'employeur de votre conjoint ou ex-conjoint exerçant une activité salariée publique ou privée.**

Je soussigné(e) :

Fonction exercée :

Nom de l'Administration ou de la Société :

Certifie que Monsieur/Madame :

Employé(e) dans notre société depuis le :

Perçoit le Supplément Familial de Traitement ou un autre avantage à caractère familial depuis le .....

Concernant les enfants suivants :

Ne perçoit pas le Supplément Familial de Traitement ou un autre avantage à caractère familial,

Ne perçoit plus le Supplément Familial de Traitement ou un autre avantage à caractère familial depuis le .....

Bénéficie de ..... jours de garde d'enfant malade,

Ne bénéficie pas de jours de garde pour enfant malade.

Fait à ....., le .....

*Signature et Cachet de L'Employeur*

À retourner à votre contact **RH habituel** (antenne de gestion, relais RH ou SRH directement) au sein de la Métropole **en précisant votre Délégation :**

**Métropole de Lyon**

*Délégation Ressources (DR)*

*Délégation développement solidaire et habitat et éducation (DSHE)*

*Délégation développement économique, emploi et savoirs (DEES)*

*Délégation développement urbain et cadre de vie (DUCV TSU)*