**Demande d’attribution du supplément familial de traitement**

**Année scolaire-universitaire 2020 / 2021**

***Application des dispositions aux personnels fonctionnaires***

***et contractuels à durée déterminée ou indéterminée***

***A adresser à votre Gestionnaire Ressources Humaines en délégation ou au siège***

***(***information disponible aussi sur le Portail SI de l’IRD : onglet « Ressources Humaines / Données personnelles / Mon dossier / Données administratives »***)***

***Choix du bénéficiaire : désirez-vous percevoir cet avantage ? ❑ OUI ❑ NON***

**1ère demande[[1]](#footnote-1)  Renouvellement / Révision**

**L’AGENT**

**Nom :** **Prénom :** **Matricule :**

Adresse personnelle (si changement) :

Structure d’affectation : Représentation :

Affectation géographique :

Directeur de structure/Responsable de service :

**SITUATION FAMILIALE**

❑ Célibataire ❑ Concubinage ❑ PACS ❑ Marié(e) ❑ Veuf(ve) ❑ Séparé(e) ❑ Divorcé(e) … depuis le

**SITUATION DU CONJOINT ou DU PARTENAIRE (concubinage / PACS)**

Nom : Nom de jeune fille : Prénom :

Date de naissance : Nationalité :

Profession : ❑ en poste : *fonctions :* ❑ Sans emploi Secteur : privé - public**[[2]](#footnote-2)**

**Merci de bien vouloir compléter l’une des rubriques ci-dessous en fonction de la situation professionnelle de votre conjoint :**

|  |  |
| --- | --- |
| **SECTEUR PRIVE** | **SECTEUR PUBLIC** |
| Je, soussigné(e) *prénom nom de votre conjoint*, atteste être ❑ employé(e) du secteur privé en qualité de xxxx depuis le xxxx auprès de la société xxxx. ❑ sans emploi depuis le xxxx.  Dans ce cadre, j’atteste ne pas bénéficier du versement du supplément familial de traitement.  Fait le xxxx, à xxxxx / Signature du conjoint | Le directeur soussigné(e) certifie que ❑ Mme ❑ M. xxxxxxxxx employé(e) en qualité de  Depuis le  Grade : Indice de traitement :  ❑ NE PERÇOIT PAS de supplément familial de traitement.  ❑ PERÇOIT un supplément familial de traitement.  Fait le xxxx, à xxxx Cachet et signature : |

**INDICATION DE TOUS LES ENFANT(S) A CHARGE OU NON**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nom** | **Prénom** | **Lien de parenté** | **Date** | | **Situation**  **Joindre un justificatif si  + 16 ans[[3]](#footnote-3)** | **Avez-vous la charge effective de l’enfant ?  (oui/non)** |
| **de naissance** | **de décès** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

Je certifie sur l’honneur l’exactitude des renseignements fournis sur la présente déclaration et m’engage par ailleurs à prévenir immédiatement d’administration de l’IRD de tout changement intervenant dans ma situation familiale et professionnelle susceptible de modifier mes droits au supplément familial de traitement. Toute déclaration inexacte ou incomplète m’exposerait au remboursement des sommes perçues à tort.

Fait à xxxxxx, le Signature de l’agent :

1. Fournir une copie du livret de famille ou un certificat de naissance. [↑](#footnote-ref-1)
2. Barrer la mention inutile. [↑](#footnote-ref-2)
3. Collégien – étudiant – lycéen – inactif –apprenti – scolarisé – non scolarisé – salarié dont la rémunération ne dépasse pas 55 % du SMIC [↑](#footnote-ref-3)