

## CHOIX DE L'ALLOCATAIRE DU SUPPLEMENT FAMILIAL DE TRAITEMENT

### MONSIEUR :

NOM et Prénom .....

Adresse : .....

Tél. : .....

N° INSEE : ..... Profession : .....

Employeur : ..... Depuis le : .....

Adresse : .....

### MADAME :

NOM et Prénom ..... Epouse ou veuve .....

Adresse : .....

Tél. : .....

N° INSEE : ..... Profession : .....

Employeur (Nom et adresse) : .....

..... depuis le : .....

### SITUATION FAMILIALE :

Vous vivez en couple :	<input type="checkbox"/> vous êtes mariés	depuis le : .....
	<input type="checkbox"/> vous vivez maritalement	
	<input type="checkbox"/> vous êtes liés par un PACS	
Vous vivez seul(e) :	<input type="checkbox"/> vous êtes célibataire	depuis le .....
	<input type="checkbox"/> vous êtes séparé(e) de fait	
	<input type="checkbox"/> vous êtes séparé(e) légalement	
	<input type="checkbox"/> vous êtes divorcé(e)	
	<input type="checkbox"/> vous êtes veuf(ve)	

### SITUATION DES ENFANTS :

Nom	Prénom	Lien de parenté (fils, fille, etc.)	Date de naissance	Situation (élève, apprenti)	Est-il à votre charge ?

### CHOIX DE L'ALLOCATAIRE :

Si vous vivez en couple, vous pouvez choisir lequel d'entre vous sera l'allocataire, c'est-à-dire celui au nom duquel sera ouvert le dossier. Ce choix est valable pour au moins une année, sauf en cas de séparation, abandon, divorce ou décès.

L'allocataire sera :

Madame

Monsieur

### DECLARATION SUR L'HONNEUR : (à signer par Monsieur et Madame si vous vivez en couple)

Je certifie sur l'honneur que les renseignements portés sur cette demande sont exacts, que je ne reçois pas de supplément familial de traitement et que je n'en ai pas demandé à un autre organisme.

Je m'engage à signaler immédiatement à mon service de gestion tous les changements modifiant cette déclaration.

SIGNATURES

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

Monsieur

Madame