**Document n°1 - DECLARATION POUR L’ATTRIBUTION DU SUPPLEMENT**

**FAMILIAL DE TRAITEMENT**

**IDENTIFICATION DE L’AGENT DEMANDEUR**

Nom marital : ………………………………….…….... Prénom : ………………………………………………

Nom patronymique : N° Sécurité sociale : …………………………………

Adresse personnelle : …………………………………………………….…….…………………………………………………….…

Grade : ……………………………… Affectation : Ville : ……………………..

**SITUATION FAMILIALE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Si vous vivez en couple : | Vous êtes mariés  **🗆**  Vous vivez maritalement **🗆**  Vous êtes liés par un PACS **🗆** | Depuis le : …………………………… |
| Identification du conjoint ou concubin : Nom : …………………………………. Prénom : ………………………  N° Sécurité sociale : ………………………………………………...………..  Domicile : ………………………………………………………………………. | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Si vous vivez seul(e) : | Vous êtes célibataire  **🗆**  Vous êtes séparé(e) de fait **🗆**  Vous êtes séparé(e) légalement **🗆**  Vous êtes divorcé(e) **🗆**  Vous êtes veuf (ve) **🗆** | Depuis le : …………………………... |
| Identification de l’ex-conjoint ou ex-concubin : Nom : ………………………………… Prénom : …………………........    N° Sécurité sociale : ……………………………………...…………………..  Domicile : ………………………………………………………………………. | | |

**DESIGNATION DU BENEFICIAIRE**

**Le bénéficiaire désigné d’un commun accord est** (Nom, prénom)**:**

à compter du

En cas de modification du bénéficiaire désigné ci-dessus, nous reconnaissons être informés du **délai d’un an** pendant lequel cette option ne peut pas être remise en cause.

**A …………..……………… le …………** *(faire précéder votre signature de la mention « lu et approuvé »)*

**Signature de l’agent Signature du conjoint (ou ex-conjoint)**