

Catalogue

006	1
007	2
008	3
009	4
010	5
011	6
012	7



DIRECTION GÉNÉRALE DES FINANCES PUBLIQUES
DIRECTION DÉPARTEMENTALE DES FINANCES PUBLIQUES
DE GUADELOUPE
PÔLE PILOTAGE RESSOURCES HUMAINES

DIRECTION RÉGIONALE
DES FINANCES PUBLIQUES
Formation Professionnelle - Concours
ZAC de Bologne - Calébasier
97109 BASSE-TERRE CEDEX
Tél.: 0590 99 14 15

**A COMPLETER OBLIGATOIREMENT
QUELLE QUE SOIT VOTRE SITUATION**

*Bordereau de mise à jour
des informations relatives à la Sécurité Sociale*

Monsieur, Madame, (1) PHILET
Nom patronymique :

Nom usuel :

Prénoms : Christopher

INSPECTEUR - CONTRÔLEUR - AGENT ADMINISTRATIF - TECHNICIEN GEOMETRE - AUTRES (1)

DESIGNATION DES PIÈCES

A JOINDRE OBLIGATOIREMENT AU PRÉSENT BORDEREAU

- Déclaration de changement de situation complétée et signée par l'assuré (n° 1104)
La « situation actuelle » à prendre en compte sur l'imprimé est la situation à votre arrivée dans la nouvelle direction (~~non complétée~~)
- Photocopie de l'attestation de droits Sécurité Sociale et de la carte vitale (~~non complétée~~)
- Un relevé d'identité bancaire ou postal
- Photocopie complète du livret de famille (uniquement pour les assurés ayant des enfants à charge en matière de sécurité sociale)
- Photocopie de la carte nationale d'identité ou passeport

X
X
X
X
X

(1) rayer la mention inutile

SÉCURITÉ SOCIALE
N° 11545°01

DÉCLARATION DE CHANGEMENT DE SITUATION entraînant un changement de caisse primaire d'affiliation

CADRE RÉSERVÉ A LA CPAM	CPAM	N° DE DOCUMENT	100	CPAM
RÉGIME		EFFET D'IMMATRICULATION		
CPAM AFFILIATION		CPAM PREST.		CENTRE PAIE
CPAM PROVENANCE		DATE DE CHANGEMENT DE CPAM OU EFFET INTRUSION		

VOLET 1 destiné à la nouvelle CPAM d'affiliation

VOLET 2 destiné à la CPAM

VOLET 3 destiné à la précédente CPAM d'affiliation

ASSURÉ (E)

(1) ☒ Monsieur ☐ Madame ☐ Mademoiselle

NOM **PHILET** N° D'IDENTIFICATION A LA SÉCURITÉ SOCIALE **196029720933204**
(A relever sur la carte d'identification)

PRÉNOMS **Christopher**

ÉPOUSE DE _____

SEXE (1) ☒ Masculin ☐ Féminin Nationalité **Française**

DATE DE NAISSANCE **23.02.96** Commune de naissance **Fort-de-France**

ADRESSE ACTUELLE PRÉCISE N° **27** VOIE **chemin Petit bois**
Terre Ville
COMMUNE **Schoelcher**

Adresse précédente _____

Date d'arrivée dans le nouveau département _____

Durée du séjour (1) ☐ égale ou inférieure à 6 mois ☐ supérieure à 6 mois

1 - SITUATION ACTUELLE

Quelle est votre situation actuelle ? (2) **Etudiant en Apprentissage**

Si vous êtes salarié(e), veuillez indiquer ci-après :

Le nom et l'adresse de votre employeur actuel : **Caisse Régionale Crédit Agricole Mutuel de Guadeloupe ABymes**

N° Employeur (2) **214 5607700214** Organisme auquel sont versées les cotisations vous concernant (2) **Sécurité Sociale Guadeloupe**

Nature de l'emploi (2) **CDD APPRENTISSAGE**

Date d'embauche **08/09/2020** Adresse du lieu de travail **ABymes PETIT-PEROU**

2 - SITUATION ANTÉRIEURE A LA SITUATION N° 1

Période du _____ au _____

Quelle était votre situation à cette période ? (2) _____

Si vous étiez salarié(e) à cette période, veuillez indiquer ci-après :

Le nom et l'adresse de votre employeur à cette époque : _____

N° Employeur (2) _____ Organisme auquel étaient versées les cotisations vous concernant (2) _____

Nature de l'emploi (2) _____ Adresse du lieu de travail _____

Date d'embauche _____ Date de départ _____

Caisse à laquelle vous perceviez vos prestations de Sécurité Sociale _____

Période sans emploi, du _____ au _____ motif _____

Schoelcher le **03/04/2021** Signature

"La loi 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'information, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant auprès de votre organisme de sécurité sociale"

(1) Mettre une croix dans la case ou la réponse appropriée - (2) Se référer à la notice explicative

S 1104a

DÉCLARATION

à souscrire en vue

- du paiement des émoluments ;
- de la liquidation des indemnités à caractère familial ;
- de l'application de la réglementation sur les cumuls.

I

1° Situation

de
l'agent

Numéro mécanographique :

Nom et prénoms : **PHILET Christopher**
(pour le personnel féminin, ajouter le nom de naissance)

Date et lieu de naissance : **22/02/1990 Fort-de-France**

Grade et classe : **Catégorie C**

Adresse personnelle : **27 chemin Petit bois Terreville**

Code postal : **97233** Commune : **Schoelcher**

Situation de famille : **célibataire** marié(e) veuf(ve) divorcé(e) séparé(e) Pacsé(e)

N° d'immatriculation à la Sécurité sociale : **196029720993207**

2° Adresse
administrative

Bureau :

Immeuble :

Poste téléphonique :

3° Mode
de règlement
du traitement

Établissement : **BRED Martinique**

Agence : **Fort-de-France SAVANÉ**

N° du compte **036084811**

Adresse :

(En cas de changement, joindre obligatoirement un relevé d'identité bancaire ou postal.)

4° Situation des enfants :

Numéro d'ordre	Nom patronymique de chaque enfant (1)	Prénoms	Dates		Nationalité	Degré de parenté (2)	Enfants âgés de moins de 20 ans		
			de naissance	de décès			Sont-ils à votre charge	Sont-ils salariés ? (3)	Circonstances justifiant le paiement des prestations au-delà de l'âge de 18 ans (4)
1									
2									
3									
4									
5									

(1) Indication de tous les enfants vivants ou décédés par ordre de naissance.
(2) Préciser s'il s'agit d'un enfant légitime issu du mariage des époux (D1) ou d'une précédente union de l'un d'eux (D2), d'un enfant adoptif (D3), d'un enfant (D4), d'un frère ou d'une sœur (D5), d'un neveu ou d'une nièce (D6), d'un enfant reconnu (D7), d'un enfant recueilli (D8).
(3) Préciser, le cas échéant, en interligne, le montant du salaire mensuel et les avantages en nature dont l'enfant bénéficie.
(4) Infirmité, apprentissage, études, stages de formation professionnelle (PEO-F-23-90). Ne pas omettre de joindre à la présente déclaration des certificats de scolarité pour vos enfants ayant dépassé l'âge de 17 ans et une copie du contrat d'apprentissage pour vos enfants de 17 ou 20 ans (ou, si ce contrat a déjà été produit, un certificat du patron ou du maître attestant qu'il continue d'être observé).

Date de mariage ou
du pacs :

Nom et prénoms du conjoint ou
du pacsé :

(pour l'épouse, indiquer également le nom de naissance)

Date et lieu de naissance du conjoint ou
du pacsé :

Le conjoint ou le pacsé exerce-t-il une profession ? oui non

5° Renseignements

à fournir,
éventuellement
si le déclarant est
Marié, remarié,
pacsé

Nom et adresse de l'employeur

Dans l'affirmative

Montant mensuel du revenu professionnel.

Si le conjoint est chômeur, accidenté du travail, etc., l'indiquer et préciser le montant mensuel des

Indemnités perçues à ce titre (1) :

S'il bénéficie d'une pension, d'une rente ou d'une allocation quelconque, indiquez ci-après sa nature,
son montant annuel, son numéro, l'adresse et la désignation de l'organisme payeur (1) et (2)

6° Montant des revenus imposables du ménage pour l'année civile précédente :

7° Renseignements
particuliers à
fournir par les
agents mariés
du sexe féminin

Votre époux bénéficie-t-il du supplément familial de traitement ou d'un régime similaire ? oui non

8° En cas de divorce, de séparation de corps ou de fait, d'instance en divorce ou en séparation, indiquez qui a la garde des enfants :

9° Êtes-vous adhérent à une mutuelle ?

☒ oui

☐ non

laquelle ?

Crédit Mutuel Guadeloupe
PLANSANTE

II

1° Si vous exercez une autre activité vous ouvrant droit, en dehors de vos émoluments administratifs, à des rémunérations ou indemnités quelconques, indiquez-en ci-dessous la nature (1) :

2° Si vous bénéficiez d'une pension, d'une rente ou d'une allocation quelconque, indiquez ci-après sa nature, son montant annuel, son numéro, sa désignation et l'adresse de l'organisme payeur (1) :

3° Supplément servi au titre des enfants énumérés au § 1 - 4° par tout organisme autre que l'Administration :

N° d'ordre de l'enfant	Caractéristiques des suppléments en cause			Désignation et adresse de l'organisme payeur
	Nature	Numéro	Montant annuel	
1				
2				
3				
4				
5				
6				

Je soussigné, certifie, sous les peines édictées notamment par les articles L. 554-1 à L. 554-4 du Code de la Sécurité sociale, l'exactitude des renseignements figurant sur la présente déclaration et m'engage à informer l'Administration de tous les changements qui pourraient survenir dans la situation soit des enfants, soit des parents.

À

le

- (1) Ne pas omettre de mentionner dans le tableau II-3° les prestations ou les suppléments pour enfants d'autre nature perçus de ce chef.
(2) À l'exclusion des pensions militaires des lois du 31 mars 1919 et des textes subséquents offrant un caractère de réparation.



DECLARATION COMMUNE DU CHOIX DE L'ALLOCATAIRE DU S.F.T.
(supplément familial de traitement)

Madame,
Et Monsieur

Désigne d'un commun accord :

Madame ou Monsieur ⁽¹⁾

N° SS de l'allocataire :

En tant qu'allocataire du supplément familial de traitement, pour les enfants désignés ci-dessous :

NOM	PRENOM	lien de parenté	date de naissance	situation : (scolarisé, apprenti ...)	A charge (oui ou non)

Nous reconnaissons que ce droit d'option ne pourra être modifié qu'à l'issue d'un délai d'un an.

Fait à le,

(Signatures des intéressés)

Visa de l'employeur de Madame

Le, soussigné,
certifie que Mme
employée dans ses services en qualité de ne perçoit pas
ou percevra ⁽¹⁾ le supplément familial de traitement à
compter du

A, le
(tampon et signature de l'employeur)

Visa de l'employeur de Monsieur

Le, soussigné,
certifie que Mr
employé dans ses services en qualité de ne perçoit pas ou
percevra ⁽¹⁾ le supplément familial de traitement à
compter du

A, le
(tampon et signature de l'employeur)



SUPPLEMENT FAMILIAL DE TRAITEMENT

Le supplément familial de traitement (S.F.T.) est alloué au fonctionnaire rémunéré en fonction du nombre d'enfants à charge au sens de Code de la Sécurité Sociale et à raison d'un seul droit par enfant.

Ce supplément n'est pas cumulable avec un avantage de même nature, accordé pour un même enfant, par un organisme public ou financé sur fonds publics.

C'est pourquoi, vous voudrez bien faire compléter l'attestation ci-jointe par l'employeur de votre conjoint et de la renvoyer le plus rapidement possible à la division des ressources humaines.

Dans l'hypothèse où votre conjoint n'exerce aucune activité professionnelle, vous voudrez bien produire une déclaration sur l'honneur attestant cette situation.

Il est rappelé que tout changement dans votre situation familiale ou dans l'activité professionnelle de votre conjoint doit être signalé au plus vite à la division des ressources humaines

Joindre à ce document une copie du livret de famille. Cet imprimé sert à verser le SFT uniquement ; les prestations familiales sont depuis le 01/01/2005 versées par la Caisse d'Allocations Familiales.

Si vous avez 2 enfants ou plus joindre l'attestation de paiement des allocations familiales délivrée par la CAF.



DIRECTION GÉNÉRALE DES FINANCES PUBLIQUES
DIRECTION DÉPARTEMENTALE DES FINANCES PUBLIQUES
DE GUADELOUPE *Régionale.*

PÔLE Pilotage & ressources

DIVISION des Ressources humaines

DIRECTION RÉGIONALE
DES FINANCES PUBLIQUES
Formation Professionnelle - Concours
ZAC de Bologne - Calebassier
97109 BASSE-TERRE CEDEX
Tél.: 0590 99 14 15

Demande de

- ☒ **Domiciliation bancaire**
☐ **Changement de Domiciliation bancaire**

NOM : PHILET

PRÉNOM : Christopher

N° INSEE :

À compter du mois de

Mai

je vous prie de bien vouloir virer à mon compte :

Code Banque

10107

Code guichet

00157

N° Compte

036034811

Clé RIB

05

Domiciliation

le montant intégral des rémunérations périodiques ou non périodiques qui me seront attribuées.

Vous trouverez ci-joint un Relevé d'Identité Bancaire.

Fait à Schoelcher le 03/04/2021

Signature :