



RÉGION ACADÉMIQUE
HAUTS-DE-FRANCE

MINISTÈRE
DE L'ÉDUCATION NATIONALE
MINISTÈRE
DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR,
DE LA RECHERCHE
ET DE L'INNOVATION

Amiens, le 3 octobre 2018

**La Rectrice de l'académie d'Amiens,
Chancelière des universités,
à**

Mesdames et Messieurs les Chefs des établissements
privés sous contrat du second degré

Messieurs les Inspecteurs d'académie,
Directeurs académiques des services de
L'Education nationale de l'Aisne, de l'Oise et de la Somme

Rectorat

Division des
Personnels Enseignants
Dossier suivi par
Maylis JEANNEST
Chef du bureau DPE1
Tél. : 03 22 82 38 44
Fax. : 03 22 82 37 48
Mél : ce.dpe1@ac-amiens.fr

20, boulevard
d'Alsace-Lorraine
80063 Amiens cedex 9

Horaires d'ouverture :
8h00 à 18h00,
du lundi au vendredi

**Objet : contrôle des conditions de versement du Supplément Familial de
Traitement (SFT) - Année scolaire 2018/2019**

Les éléments relatifs à l'attribution du SFT sont soumis annuellement à un certain nombre de contrôles concernant notamment la situation familiale, la charge effective des enfants, la production d'un certificat de scolarité pour les enfants de plus de 16 ans, la non perception d'un avantage de même nature par le conjoint.

En conséquence, j'ai l'honneur de vous demander de bien vouloir inviter les personnels placés sous votre autorité et qui perçoivent le SFT à **compléter les imprimés ci-joints** et à les retourner dûment accompagnés des pièces justificatives nécessaires à l'examen de leur situation, **avant le 9 novembre 2018**, délai de rigueur, **au bureau DPE1**.

Je tiens à porter à votre connaissance qu'à défaut de se conformer à cette obligation, le versement du SFT sera interrompu.

Je vous rappelle que toute modification dans la situation familiale ou dans l'activité professionnelle du conjoint des bénéficiaires, susceptible de modifier les conditions d'attribution du SFT doit m'être signalée.
De même, toute déclaration erronée fera l'objet d'une reprise du Supplément Familial de Traitement avec effet rétroactif.

Enfin, à défaut de réponse de la part des personnels bénéficiaires du SFT, mes services procéderont à l'interruption du paiement de cette prestation dès le 1^{er} janvier 2019.

Cette circulaire et l'imprimé sont téléchargeables sur le site Internet de l'académie d'Amiens, à l'adresse suivante :

<http://www.ac-amiens.fr>

Rubrique : ESPACE PRO/ VIE PROFESSIONNELLE/
REMUNERATIONS ET INDEMNITES /SUPPLEMENT FAMILIAL DE TRAITEMENT

Mes services restent à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

Pour la Rectrice et par délégation
Le Secrétaire Général d'académie

Jean-Jacques VIAL



Région académique
HAUTS-DE-FRANCE



CONTROLE ET SUIVI DU SUPPLEMENT FAMILIAL DE TRAITEMENT

Document à compléter et adresser par la voie hiérarchique au Rectorat de l'académie d'AMIENS, pour le **9 novembre 2018**.

⇒ à la DPE1 pour les personnels enseignants

<input type="checkbox"/> Je perçois le SFT et ma situation n'a pas changé depuis l'année scolaire 2017-2018	<ul style="list-style-type: none"> ➔ retourner l'enquête dûment complétée et signée accompagnée de l'attestation de l'employeur du conjoint ➔ pour les enfants âgés de plus de 16 ans, joindre obligatoirement un certificat de scolarité
<input type="checkbox"/> Je ne perçois pas le SFT et souhaite en bénéficier	<ul style="list-style-type: none"> ➔ retourner l'enquête dûment complétée et signée accompagnée de l'attestation de l'employeur du conjoint ➔ pour les enfants âgés de plus de 16 ans, joindre obligatoirement un certificat de scolarité ➔ joindre tout document relatif à la situation familiale (livret de famille, jugement de divorce, ordonnance de non conciliation...)
<input type="checkbox"/> Je perçois le SFT et ma situation familiale a changé depuis l'année scolaire 2017-2018	

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE BENEFICIAIRE :

NOM D'USAGE : NOM DE NAISSANCE :

PRENOM : N° INSEE (S.S.): .../.../.../.../.../.....

GRADE ET DISCIPLINE :

ETABLISSEMENT/SERVICE D'AFFECTATION :

SITUATION FAMILIALE (cocher la case correspondante) :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Marié(e) depuis le .../.../..... | <input type="checkbox"/> Divorcé(e) depuis le .../.../..... |
| <input type="checkbox"/> Vie maritale depuis le .../.../..... | <input type="checkbox"/> Séparé(e) légalement depuis le .../.../..... |
| <input type="checkbox"/> Pacsé(e) depuis le .../.../..... | <input type="checkbox"/> Séparé(e) de fait depuis le .../.../..... |
| <input type="checkbox"/> Célibataire | <input type="checkbox"/> Veuf/veuve depuis le .../.../..... |

ENFANTS A CHARGE

Nom Prénom des enfants	Lien de parenté <i>Légitime / naturel / adopté / enfant du conjoint ou concubin</i>	Date de naissance	Situation <i>Scolarisé / Etudiant / Apprenti / Salarié percevant moins de 55% du SMIC</i>	L'enfant est à votre charge effective et permanente Oui/Non	Préciser le nom de l'autre parent si ce dernier n'est pas le conjoint actuel

Je certifie sur l'honneur que les renseignements portés sur ce document son exacts. Je m'engage à faire connaître immédiatement, par écrit, au service gestionnaire, tout changement de situation.

A, le Signature :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT VOTRE (ex-)CONJOINT ou (ex-) CONCUBIN(E) :

(si la demande de versement SFT concerne des enfants nés de différentes unions, un exemplaire de cet imprimé doit être complété par chaque conjoint ou ex-conjoint concerné)

NOM D'USAGE : NOM DE NAISSANCE :

PRENOM :

SITUATION PROFESSIONNELLE :

le conjoint ou ex-conjoint est rémunéré par l'Education nationale

=> fournir une copie de son dernier bulletin de salaire

le conjoint ou ex-conjoint n'exerce pas d'activité professionnelle ou exerce une profession libérale ou à domicile

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e) Mme, Mcertifie sur l'honneur :
(*raier les mentions inutiles*)

- n'exercer aucune activité professionnelle
- être en congé parental (*préciser les dates*) :
- exercer une profession libérale (*préciser laquelle*) :
.....
- autre (*à préciser*) :

Date :

Signature de l'agent :

Signature du conjoint :

le conjoint ou ex-conjoint exerce une activité professionnelle dans le secteur privé

**ATTESTATION A COMPLETER PAR L'EMPLOYEUR
DU CONJOINT ou EX-CONJOINT**

Nom et adresse de l'employeur :
.....

certifie que M/Mme
est employé(e) depuis le

Cachet de l'employeur :

Signature :

le conjoint ou ex-conjoint exerce une activité professionnelle auprès d'un employeur public ou assimilé (SNCF, EDF ...)

**ATTESTATION A COMPLETER PAR L'EMPLOYEUR
DU CONJOINT ou EX-CONJOINT**

Nom et adresse de l'employeur :
.....

certifié que M/Mme
employé(e) depuis le

ne bénéficie par du supplément familial de traitement ou de sursalaire à caractère familial

a cessé de bénéficier du supplément familial de traitement ou de sursalaire à caractère familial depuis le

bénéficie du supplément familial de traitement ou d'un sursalaire à caractère familial pour les enfants suivants :

.....
.....
.....

Cachet de l'employeur :

Signature :