

Amiens, le 20 novembre 2023

Olivier CATOIRE
Chef de la Division des Personnels
Enseignants
Tél. : 03 22 82 38 80
Mél : ce.dpe@ac-amiens.fr

Christine LEROY
Cheffe de la Division des Personnels
d'Administration et d'Encadrement
Tél : 03 22 82 38 70
Mél : ce.dpa@ac-amiens.fr

Rectorat de l'académie d'Amiens
20, boulevard d'Alsace-Lorraine
80063 Amiens cedex 9

LE RECTEUR DE L'ACADEMIE D'AMIENS

A

Madame et Messieurs les Inspecteurs d'académie,
Directeurs académiques des services de l'Éducation nationale
de l'Oise, de l'Aisne et de la Somme
Mesdames et Messieurs les Chefs d'établissement
Mesdames et Messieurs les Directeurs de C.I.O.
Mesdames et Messieurs les Délégués académiques
Mesdames et Messieurs les Conseillers techniques et chargés de mission
Mesdames et Messieurs les Chefs de division et de service

Objet : contrôle des conditions de versement du supplément familial de traitement – Année scolaire 2023/2024

Les éléments relatifs à l'attribution du supplément familial de traitement sont soumis à des contrôles concernant la situation familiale, la charge effective des enfants, la production d'un certificat de scolarité pour les enfants de plus de 16 ans et la non perception d'un avantage de même nature par le conjoint. **A noter** : dès lors que l'enfant perçoit l'Aide Personnalisée au Logement (APL), il n'est plus considéré à charge au sens des prestations familiales. Il n'est donc plus possible de percevoir le supplément familial de traitement pour cet enfant.

En conséquence, vous inviterez les personnels placés sous votre autorité qui perçoivent le supplément familial de traitement (cf application SFT sur le portail ARENA) à compléter les imprimés ci-joints et à les adresser, accompagnés des pièces justificatives nécessaires à l'examen de leur situation, **avant le 10 décembre 2023**, au service concerné :

<p>Division des personnels enseignants (DPE) Pour les personnels d'éducation, les psychologues de l'éducation nationale et les personnels enseignants du second degré.</p>	<p>Division des personnels d'administration et d'encadrement (DPAE) Pour les personnels des filières technique, médico-sociale, d'administration et d'encadrement.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • DPE1 : enseignants de l'enseignement privé • DPE2 : enseignants des disciplines scientifiques et d'histoire-géographie • DPE3 : enseignants des disciplines littéraires et linguistiques • DPE4 : enseignant des disciplines artistique et technique en lycée et collège, de technologie, de documentation, de SES et d'EPS • DPE5 : professeurs de lycée professionnel, personnels d'éducation et psychologues de l'éducation nationale • DPE6 : AED en CDI 	<ul style="list-style-type: none"> • DPAE1 : personnels administratifs • DPAE2 : personnels de direction, d'inspection, personnels sur emploi fonctionnel • DPAE3 : personnels médico-sociaux et techniques (ITRF)

A défaut de réponse de la part des bénéficiaires, le versement du supplément familial de traitement sera interrompu dès le 1^{er} février 2024.


De même, toute déclaration erronée fera l'objet d'une reprise du supplément familial de traitement avec effet rétroactif.

Par ailleurs, toute modification en cours d'année dans la situation familiale ou dans l'activité professionnelle du conjoint du bénéficiaire susceptible de modifier les conditions d'attribution du supplément familial de traitement devra m'être signalée.

La présente circulaire et l'imprimé sont téléchargeables sur le site intranet de l'académie d'Amiens à la rubrique Circulaires.

Mes services restent à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

Pour le Recteur et par délégation
Le Secrétaire Général de l'Académie adjoint,
Directeur des Ressources Humaines



Samuel HAYE

CONTROLE ET SUIVI DU SUPPLÉMENT FAMILIAL DE TRAITEMENT

Document à compléter et adresser par la voie hiérarchique
au Rectorat de l'académie d'AMIENS, pour le **10 décembre 2023**

- ⇒ à la DPAE pour les personnels d'administration, ITRF, médico-sociaux et d'encadrement
⇒ à la DPE pour les personnels enseignants du second degré, d'éducation et PSYEN

<input type="checkbox"/> Je perçois le SFT et ma situation n'a pas changé depuis l'année scolaire 2022-2023	<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 au cours de l'année 2023/2024, joindre obligatoirement un certificat de scolarité→ à partir du 2ème enfant, joindre obligatoirement une attestation de paiement de la CAF.
<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→ compléter le droit d'option pour la désignation du bénéficiaire du SFT
<input type="checkbox"/> Je perçois le SFT et ma situation familiale a changé depuis l'année scolaire 2022-2023	<ul style="list-style-type: none">→ pour les enfants âgés de plus de 16 ans au cours de l'année 2023/2024, joindre obligatoirement un certificat de scolarité→ joindre tout document relatif à la situation familiale (livret de famille, jugement de divorce, ordonnance de non conciliation...)→ à partir du 2ème enfant, joindre obligatoirement une attestation de paiement de la CAF.

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE BENEFICIAIRE :

NOM D'USAGE : NOM DE NAISSANCE :

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

GRADE ET DISCIPLINE :

ÉTABLISSEMENT/SERVICE D'AFFECTATION :

ENSEIGNEMENT PUBLIC ENSEIGNEMENT PRIVÉ

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

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE CONJOINT(E) ou EX-CONJOINT(E)
(parent de votre ou de vos enfant(s))**

(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 :

PRENOMS :

<input type="checkbox"/> le conjoint ou ex-conjoint exerce une activité professionnelle auprès d'un employeur public ou assimilé (SNCF, EDF ...)	<p align="center">ATTESTATION A COMPLETER PAR L'EMPLOYEUR DU CONJOINT ou EX-CONJOINT</p> Nom et adresse de l'employeur : certifie que M/Mme employé(e) depuis le <input type="checkbox"/> ne bénéficie pas du supplément familial de traitement ou de sursalaire à caractère familial <input type="checkbox"/> a cessé de bénéficier du supplément familial de traitement ou de sursalaire à caractère familial depuis le <input type="checkbox"/> bénéficie du supplément familial de traitement ou d'un sursalaire à caractère familial pour les enfants suivants : Cachet de l'employeur : Signature :
<input type="checkbox"/> le conjoint ou ex-conjoint n'exerce pas d'activité professionnelle ou exerce une profession libérale ou à domicile	<p align="center">ATTESTATION SUR L'HONNEUR</p> Je soussigné(e) Mme, Mcertifie sur l'honneur : (<i>raier les mentions inutiles</i>) - n'exercer aucune activité professionnelle - être en congé parental (<i>préciser les dates</i>) : - exercer une profession libérale (<i>préciser laquelle</i>) : - autre (<i>à préciser</i>) : Date : Signature de l'agent : Signature du conjoint :
<input type="checkbox"/> le conjoint ou ex-conjoint exerce une activité professionnelle dans le secteur privé	<p align="center">ATTESTATION A COMPLETER PAR L'EMPLOYEUR DU CONJOINT ou EX-CONJOINT</p> Nom et adresse de l'employeur : certifié que M/Mme est employé(e) depuis le Cachet de l'employeur : Signature :

**DROIT D'OPTION EN MATIERE DE DESIGNATION DE L'AGENT BENEFICIAIRE DU
SUPPLEMENT FAMILIAL DE TRAITEMENT
(à compléter pour une nouvelle demande ou en cas de changement du droit d'option)**

Bénéficiaire NOM-PRENOM : Exerçant les fonctions de : A (établissement d'affectation) :	Conjoint(e) ou ex-conjoint(e) NOM-PRENOM : Exerçant les fonctions de : A : Cocher cette case si sans profession
Désignons d'un commun accord : M/Mme (indiquer NOM et PRENOM) : A compter du/...../20..... en qualité de bénéficiaire du supplément familial de traitement dû pour les enfants de notre famille (indiquer les NOM et PRENOM) du ou des enfants concernés (indiquer les nom – prénom du ou des enfants) : - - - -	
Fait à le Signature de l'agent	Fait à le Signature du/de la conjoint(e)

Je **certifie sur l'honneur** que les renseignements portés sur le document relatif au contrôle du supplément familial de traitement son exacts. **Je m'engage à faire connaître immédiatement, par écrit, au service gestionnaire, tout changement de situation.**

A, le Signature :