

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 :

<p><input type="checkbox"/> le conjoint ou ex-conjoint exerce une activité professionnelle auprès d'un employeur public ou assimilé (SNCF, EDF ...)</p>	<p style="text-align: center;">ATTESTATION A COMPLETER PAR L'EMPLOYEUR DU CONJOINT ou EX-CONJOINT</p> <p>Nom et adresse de l'employeur :</p> <p>.....</p> <p>certifie que M/Mme employé(e) depuis le</p> <p><input type="checkbox"/> ne bénéficie pas du supplément familial de traitement ou de sursalaire à caractère familial</p> <p><input type="checkbox"/> a cessé de bénéficier du supplément familial de traitement ou de sursalaire à caractère familial depuis le</p> <p><input type="checkbox"/> bénéficie du supplément familial de traitement ou d'un sursalaire à caractère familial pour les enfants suivants :</p> <p>Cachet de l'employeur : Signature :</p>
<p><input type="checkbox"/> le conjoint ou ex-conjoint n'exerce pas d'activité professionnelle ou exerce une profession libérale ou à domicile</p>	<p style="text-align: center;">ATTESTATION SUR L'HONNEUR</p> <p>Je soussigné(e) Mme, Mcertifie sur l'honneur : (<i>rayez les mentions inutiles</i>)</p> <ul style="list-style-type: none">- 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>) : <p>Date :</p> <p>Signature de l'agent : Signature du conjoint :</p>
<p><input type="checkbox"/> le conjoint ou ex-conjoint exerce une activité professionnelle dans le secteur privé</p>	<p style="text-align: center;">ATTESTATION A COMPLETER PAR L'EMPLOYEUR DU CONJOINT ou EX-CONJOINT</p> <p>Nom et adresse de l'employeur :</p> <p>.....</p> <p>certifié que M/Mme est employé(e) depuis le</p> <p>Cachet de l'employeur : Signature :</p>

**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 :