

Hérouville Saint Clair, le 21 janvier 2013

Le Directeur académique
des services de l'éducation nationale,
Directeur des services départementaux
de l'éducation nationale du Calvados

à

Mesdames et Messieurs les professeurs des écoles du
premier degré du Calvados, de la Manche et de l'Orne
S/C M. le Directeur académique des services
départementaux de l'éducation nationale de la Manche
S/C M. le Directeur académique des services
départementaux de l'éducation nationale de l'Orne

Service académique de
gestion des personnels de
l'enseignement du 1^{er} degré
public (SAGED)

Dossier suivi par
Aude BELLOCHE
Téléphone
02 31 45 96 87
Télécopie
02 31 45 96 29
Serveur vocal
02 31 45 96 00

Mél.
dsden14-sagedadj@ac-caen.fr

2, place de l'Europe B.P.90036
14208 Hérouville Saint Clair
Cedex

Objet : Campagne 2013 de contrôle de l'attribution du supplément familial de traitement

Références : Loi n°83-634 du 13 juillet 1983

Décret 85-1148 du 24 octobre 1985

Circulaire FP 7 n°1958 et 2B n°99 692 du 9 août 1999

Le supplément familial de traitement (SFT) est un élément de traitement à caractère familial, attribué aux agents publics (titulaires et stagiaires) ayant au moins un enfant à charge au sens des prestations familiales, à raison d'un seul droit par enfant.

Il est versé aux agents rémunérés par des organismes publics ou financés sur fonds publics, sous réserve que le conjoint ou concubin exerçant une activité professionnelle ne perçoive pas de son employeur un avantage de même nature.

Une campagne de vérification du SFT auprès du personnel enseignant du premier degré bénéficiaire est en cours, conformément au dispositif réglementaire ci-dessus référencé.

Afin de mettre à jour votre dossier, vous voudrez bien compléter le formulaire, ci-joint, et me le retourner à l'adresse suivante : DSDEN du Calvados - SAGED
2, place de l'Europe - BP 9008 14208 HEROUVILLE SAINT CLAIR

dûment complété accompagné des pièces justificatives, ci-après :

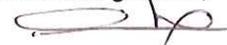
- copie de l'acte de naissance de l'enfant qui vient de naître,
- justification du nombre d'enfants à charge en cas de cession du SFT au conjoint non fonctionnaire,
- copie intégrale du livret de famille et de tout justificatif relatif à votre situation familiale (ordonnance de non-conciliation, jugement de divorce, attestation de vie de concubinage, jugement d'adoption, décision du tribunal fixant la résidence des enfants, etc.),
- certificats de scolarité des enfants à charge de plus de 16 ans poursuivant des études, copie du contrat d'apprentissage, attestation de l'organisme de stage, si vous ne l'avez pas encore envoyé,
- attestation de l'employeur de votre conjoint(e) ou ex conjoint(e) mentionnant la perception ou la non perception du SFT,

avant le 20 février 2012, délai de rigueur. En l'absence de réponse à cette date, le SFT sera suspendu.

Le présent courrier fait l'objet d'une diffusion sur votre messagerie lprof.

Mes services se tiennent à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

Pour le directeur académique
et par délégation,
Le Secrétaire général,



Patrick CHALUT

PJ

Copie pour information : DSDEN de la Manche et de l'Orne

**DEMANDE D'ATTRIBUTION DU SUPPLEMENT FAMILIAL DE TRAITEMENT
DECLARATION SUR L'HONNEUR**

CALVADOS MANCHE ORNE

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE BENEFICIAIRE FONCTIONNAIRE NON-FONCTIONNAIRE

NOM : PRENOM : INSEE :

DOMICILE :

AFFECTATION :

SITUATION DE FAMILLE (cocher la case correspondante)

Marié-----depuis le Séparé(e) légalement-----depuis le

Vie maritale-----depuis le Divorcé(e) -----depuis le

Célibataire-----depuis le

Séparé(e) de fait-----depuis le

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE CONJOINT OU LE CONCUBIN

NOM : PRENOM :

DOMICILE (si différent de celui du bénéficiaire) :

NOM ET ADRESSE DE L'EMPLOYEUR :

BENEFICIE T-IL D'UN SUPPLEMENT FAMILIAL DE TRAITEMENT DE LA PART DE SON EMPLOYEUR ?

OUI NON

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES ENFANTS A CHARGE

NOM ET PRENOM	LIEN DE PARENTE (1)	DATE DE NAISSANCE	SITUATION(2)

(1) : adoptif- enfant du conjoint ou du concubin

(2) : étudiant – lycéen – collégien – salarié dont la rémunération ne dépasse pas 55% du SMIC – apprenti – scolarisé

Je soussigné(e) atteste sur l'honneur que l'ensemble des renseignements indiqués sur le présent imprimé est bien exact et sincère.

Je m'engage par ailleurs à prévenir immédiatement l'administration de tout changement intervenant dans ma situation familiale et professionnelle susceptible de modifier mes droits au Supplément Familial de Traitement, sachant que toute déclaration inexacte, incomplète ou tardive de ma part m'exposerait au remboursement des sommes indûment perçues.

- Cette demande doit être retournée, dûment remplie, datée et signée accompagnée :
- d'une copie du livret de famille, et de tout document relatif à la situation familiale (ordonnance de non-conciliation, jugement de divorce, attestation de vie en concubinage, attestation de vie non-maritale, etc...)
 - d'une attestation de non-versement du SFT établie par l'employeur de votre conjoint ou concubin
 - certificat de scolarité pour les enfants de plus de 16 ans poursuivant des études

SITUATION DES ENFANTS AGES DE PLUS DE 16 ANS

① Attributaire du supplément familial de traitement.

NOM : PRENOM :
ADRESSE :
Grade : Discipline :
Ecole d'affectation : Ville :

② Renseignement relatif à l'enfant à charge :

NOM : PRENOM :
Né(e) le :

③ Situation de l'enfant à charge : (cocher la case correspondant à la situation)

- Placé en apprentissage → Joindre la photocopie du contrat d'apprentissage.
- En stage de formation professionnelle → Joindre une attestation de l'organisme responsable du stage de formation professionnelle.
- Poursuivant ses études (Rappel : cet enfant ne doit pas bénéficier d'aide au logement (APL ou ALS)) → Joindre un certificat de scolarité.
Une activité professionnelle réduite n'est pas incompatible avec le maintien du SFT dès lors que la rémunération mensuelle n'excède pas 55% du SMIC mais vous devez fournir les bulletins de salaire de votre enfant ou avis de paiement Assedic, selon le cas.

Je soussigné(e), Nom Prénom
atteste sur l'honneur que mon enfant :
Nom Prénom
né(e) le à
dont j'assume la charge de manière permanente n'exerce aucune activité professionnelle.

A, le
Signature :

- Infirmes, handicapés ou atteints d'une maladie chronique → Joindre impérativement une attestation indiquant que cet enfant ouvre droit à l'allocation d'éducation spéciale et un certificat médical attestant l'état de santé de votre enfant.
- Enfant n'entrant pas dans l'une des catégories énumérées, ci-dessus, et âgé de moins de 20 ans.
Une activité professionnelle réduite n'est pas incompatible avec le maintien du SFT dès lors que la rémunération mensuelle n'excède pas 55% du SMIC mais vous devez fournir les bulletins de salaire de votre enfant ou avis de paiement Assedic, selon le cas.

Je soussigné(e), Nom Prénom
atteste sur l'honneur que mon enfant : Nom Prénom
né(e) le à
dont j'assume la charge de manière permanente n'exerce aucune activité professionnelle.
A, le
Signature :

- Enfant vivant en concubinage ou marié ou ayant conclu un pacte civil de solidarité.
Cet enfant n'est plus considéré comme étant à votre charge au sens du Code de la sécurité sociale → Joindre copie de l'acte de mariage ou du contrat de PACS ou du certificat de vie commune ou de concubinage.

④ DECLARATION SUR L'HONNEUR A compléter obligatoirement

Je certifie sur l'honneur que les renseignements portés sur ce document sont exacts. Je m'engage à faire connaître immédiatement, par écrit, au SAGED, tout changement dans la situation de mon enfant décrite ci-dessus. La loi punit quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (Article L.554-1 du code de la Sécurité sociale - Article 441-1 du code Pénal).

A, le Signature :

ATTESTATION A REMPLIR PAR L'EMPLOYEUR DU CONJOINT

Identification de l'agent

NOM :

PRENOM :

N° INSEE :

GRADE :

ECOLE :

A remplir par l'employeur du conjoint

Je soussigné, (Nom, Prénom, qualité)

Certifie que Monsieur Madame (1)

Employé (e) en qualité de

(2) perçoit de notre part un supplément familial de traitement depuis le :

Concernant le ou les enfants à charge suivant(s) :

NOM et PRENOM	Date de naissance

(2) ne perçoit pas de notre part un supplément familial de traitement

Le présent formulaire est destiné au :

Cachet de l'autorité
délivrante l'attestation

Fait à _____ le _____
Signature

- (1) Rayé la mention inutile
(2) Cocher la case intéressée

Si le conjoint est rémunéré par une administration, veuillez préciser :

- son grade
- sa discipline
- son lieu d'exercice.....

MENTIONS LEGALES CNIL

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à la gestion administrative et financière de votre dossier. Les destinataires des données sont, dans la limite de leurs compétences : les services de gestion de l'administration centrale du ministère, des rectorats et des DSDEN, les services des directions régionales des finances publiques et les organismes de sécurité sociale et de prévoyance. Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant au : Recteur de l'académie de CAEN – Correspondant Informatique et Liberté- 168, Rue Caponière - BP 46184 - 14061 Caen cedex.

Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.

Formulaire à renvoyer à la Direction des Services Départementaux de l'Education Nationale – SAGED, 2, place de l'Europe BP 90036 – 14208 HEROUVILLE SAINT CLAIR