

Diffusion de la circulaire portant sur le contrôle des conditions de versement du supplément familial de traitement (SFT) et des autorisations d'absence pour soins à enfant(s) malade(s) - Année scolaire 2019/2020

3 messages

Plateforme 1er degré <plateforme1d@ac-amiens.fr> 10 octobre 2019 à 19:25

Madame, Monsieur,

Je vous prie de trouver ci-joint la circulaire académique portant sur le contrôle des conditions de versement du supplément familial de traitement (SFT) et des autorisations d'absence pour soins à enfant(s) malade(s) des personnels du 1^{er} degré pour l'année scolaire 2019/2020.

Respectueusement.



Pierre ROUHIER

Adjoint à la cheffe de division – Plateforme interdépartementale de gestion des enseignants du 1^{er} degré public | **Division de la Gestion des Personnels 1^{er} degré** | - Direction des services départementaux de l'éducation nationale de l'Oise
Tél. 03.60.36.40.58 | Porte 117

Direction des services départementaux de l'éducation nationale de l'Oise - 23 Avenue Victor Hugo - 60025 BEAUVAIS CEDEX | Accès et horaires

De 8h30 à 17h30, du lundi au vendredi

 Circulaire académique SFT et SAEM 2019-2020.pdf
2754K

Division de la Gestion des
Personnels 1^{er} degré (DGP)

Plateforme interdépartementale de
gestion des enseignants du 1^{er} degré
public

Dossier suivi par :
Pierre ROUHIER

22 avenue Victor Hugo
60025 BEAUVAIS CEDEX

Horaires d'accueil du public et
d'accueil téléphonique du lundi au
vendredi :
- de 8h30 à 12h30 et
- de 13h30 à 17h30

Beauvais, le 9 octobre 2019,

L'Inspectrice d'académie
Directrice académique des services de l'Éducation
nationale de l'Oise

À

Mesdames et Messieurs les professeurs des
écoles (pour attribution)

s/c Mesdames et Messieurs les directeurs des
écoles du premier degré public (pour attribution)

s/c Mesdames et Messieurs les Inspectrices et
Inspecteurs de l'Éducation Nationale (pour
information)

**Objet : Circulaire portant sur le contrôle des conditions de versement du
supplément familial de traitement (SFT) et des autorisations d'absence
pour soins à enfant(s) malade(s) – Année scolaire 2019/2020**

Pièces jointes :

- Annexe 1 : Répartition des portefeuilles de gestion 2019-2020
- Annexe 2 : Contrôle et suivi du supplément familial de traitement (SFT)
- Annexe 3 : Questionnaire destiné aux autorisations d'absence pour
soins à enfant(s) malade(s)
- Annexe 4 : Attestation pour soins à enfant(s) malade(s)

Les éléments relatifs à l'attribution du supplément familial de traitement (SFT) et des
autorisations d'absence pour soins à enfant(s) malade(s) sont soumis à un contrôle
annuel.

En conséquence, j'ai l'honneur de vous demander de bien vouloir compléter les
imprimés ci-joints et de me les retourner accompagnés des pièces justificatives avant
le **vendredi 6 décembre 2019**, par mail (*cf.* Annexe 1) ou par voie postale à l'adresse
suivante :

**Direction des Services Départementaux de l'Éducation Nationale de l'Oise
DGP 2
22 avenue Victor Hugo
60025 BEAUVAIS CEDEX**

Je vous informe que sans réponse de votre part, mes services procéderont à
l'interruption du paiement de cette prestation sur la paie du mois de février 2020.

Je vous rappelle que toute modification dans la situation familiale ou dans l'activité
professionnelle du conjoint, susceptible de modifier les conditions d'attribution du SFT
doit être signalée.

De même, toute déclaration erronée fera l'objet d'une reprise du SFT avec effet
rétroactif.

Mes services restent à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

Pour l'Inspectrice d'académie – DASEN,
Et par subdélégation,
La secrétaire générale,

Carine DECOLASSE-TOMCZAK

ANNEXE 1

Réparation des portefeuilles de gestion

Année scolaire : 2019/2020

GESTIONNAIRE	TÉLÉPHONE	COURRIEL	PORTEFEUILLE DE GESTION (par nom de famille des enseignants)
--------------	-----------	----------	---

Bureau de gestion de l'Oise			
Carole LE BELLEC	03.44.06.45.46	plateforme1d-60-07@ac-amiens.fr	ABBADIE Myriam – BOULEZ France Hélène
Amal ERRAJY	03.44.06.45.38	plateforme1d-60-01@ac-amiens.fr	BOULHAMANE Maria – DAMAY Laetitia
Allison VARELA	03.44.06.45.46	plateforme1d-60-06@ac-amiens.fr	DAMBAX Valérie – EL KHAYARI Yasmine
Cindy DEZ	03.44.06.45.44	plateforme1d-60-02@ac-amiens.fr	EL KHOUAKHI Nadia – HENOT Nathalie
Sabine MONTES	03.44.06.45.31	plateforme1d-60-03@ac-amiens.fr	HENRIET Christelle – LEPINE Véronique
Céline CURCHOD	03.44.06.45.66	plateforme1d-60-05@ac-amiens.fr	LEPLAIN Sabrina – OLIVE Catherine
Colette MONTE	03.44.06.45.66	plateforme1d-60-08@ac-amiens.fr	OLLIVIER Astrid – SANCHEZ Alexis
Catherine FAZIO	03.44.06.45.42	plateforme1d-60-04@ac-amiens.fr	SANDID Amal – ZYLA Marie

Bureau de gestion de l'Aisne			
Anne HETROY	03.44.06.45.51	plateforme1d-02-03@ac-amiens.fr	ABDESSELEM BEN ABBES Maryline – CORNET Philippe
Christine THELLIER	03.44.06.45.47	plateforme1d-02-02@ac-amiens.fr	CORNU Laurence – GENESTE Valérie
Marie-Laure CADET	03.60.36.40.59	plateforme1d-02-04@ac-amiens.fr	GENET NUNES Estelle – LEFEVRE DECLERCK Marie
Stéphanie TOXÉ	03.60.36.40.55	plateforme1d-02-01@ac-amiens.fr	LEFONDEUR Isaline – PITOIS Frédéric
Jordane FROISSART	03.44.06.45.59	plateforme1d-02-05@ac-amiens.fr	PIVARD Sylvie – ZYWICKI Joanne

Bureau de gestion de la Somme			
Agnès BARBIER	03.60.36.40.57	plateforme1d-80-02@ac-amiens.fr	ABADIE Fabienne – CAUVIN Marie
Corinne RIBARD-LEBRUN	03.60.36.40.57	plateforme1d-80-01@ac-amiens.fr	CAUX Aline – DEMUYS Florence
Laurette MOISSON	03.60.36.40.54	plateforme1d-80-04@ac-amiens.fr	DENDIEVEL Quentin – HUNET Cécile
Florence POTIER	03.60.36.40.52	plateforme1d-80-05@ac-amiens.fr	HURE Angéline – PARUCH Maxime
Jamila BALI	03.60.36.40.52	plateforme1d-80-03@ac-amiens.fr	PASCAL Marie – ZIMMER Xavier

ANNEXE 2

Contrôle et suivi du supplément familial de traitement (SFT)

Année scolaire : 2019/2020

Document à retourner à votre gestionnaire :

- Par courriel (cf. Annexe 1 – Réparation des portefeuilles de gestion 2019-2020)
- Ou par voie postale à l'adresse suivante : DSDEN de l'Oise – DGP 2
22 avenue Victor Hugo
60025 BEAUVAIS CEDEX

- ☐ Je perçois le SFT et ma situation n'a pas changé depuis l'année scolaire 2018/2019.
- ☐ Je ne perçois pas le SFT et souhaite en bénéficier.
- Retourner ce formulaire dûment complété et signé accompagné de l'attestation de l'employeur du conjoint.
 - **À partir du 2^e enfant : Joindre obligatoirement une attestation de la CAF.**
 - Pour les enfants âgés de plus de 16 ans : Joindre obligatoirement un certificat de scolarité.
 - Pour tout changement de situation : Joindre tout document relatif à la nouvelle situation familiale (livret de famille, jugement de divorce, ordonnance de non conciliation, etc.)

I. RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE BÉNÉFICIAIRE

Nom d'usage : Nom patronymique :

Prénoms : N° INSEE (SS) : .../.../.../.../.../.../.../...

Adresse postale :

Adresse électronique :

Téléphone : .../.../.../.../...

Situation familiale [cocher la case correspondante] :

- | | |
|---|--|
| ☐ Célibataire | ☐ En concubinage depuis le .../.../..... |
| ☐ Pacsé(e) depuis le .../.../..... | ☐ Marié(e) depuis le .../.../..... |
| ☐ Veuf/Veuve depuis le .../.../..... | ☐ Divorcé(e) depuis le .../.../..... |
| ☐ Séparé(e) légalement depuis le .../.../..... | ☐ Séparé(e) de fait depuis le .../.../..... |

Enfant(s) à charge :

Nom et prénom de l'enfant	Lien de parenté (enfant du bénéficiaire / enfant du conjoint ou du concubin)	Date de naissance	Situation (scolarisé, étudiant, apprenti, salarié percevant moins de 55% du SMIC)	L'enfant est à votre charge effective et permanente (Oui/Non)	Si l'autre parent n'est pas votre conjoint(e) actuel(le), préciser son nom

II. RENSEIGNEMENTS CONCERNANT VOTRE (EX-)CONJOINT(E) OU (EX-)CONCUBIN(E)

Si la demande de versement du SFT concerne des enfants nés de différentes unions, un exemplaire de cet imprimé doit être complété par chaque (ex-)conjoint(e) ou (ex-)concubin(e) concerné(e). **En cas d'impossibilité de fournir ce document, établir une attestation sur l'honneur spécifiant que l'ex-conjoint ne perçoit pas de SFT.**

Nom d'usage : Nom patronymique :

Prénoms :

Situation professionnelle [cocher la case correspondante] :

- ☐ Le/la (ex-)conjoint(e)
ou (ex-)concubin(e)
est rémunéré(e) par
l'Éducation nationale.

- Fournir une copie de son dernier bulletin de salaire.

- ☐ Le/la (ex-)conjoint(e)
ou (ex-)concubin(e)
exerce une activité
professionnelle dans
le secteur public ou
privé.

ATTESTATION À COMPLÉTER PAR L'EMPLOYEUR DU / DE LA CONJOINT(E)

Je soussigné(e) [l'employeur]
certifie que [l'employé(e)]
employé(e) depuis le/...../..... à [l'entreprise] :

- ☐ Ne bénéficie pas du SFT ou de sursalaire à caractère familial.
☐ A cessé de bénéficier du SFT ou de sursalaire à caractère familial depuis le/...../.....
☐ Bénéficie du SFT ou d'un sursalaire à caractère familial pour les enfants suivants :
.....
.....

Date, cachet et signature de l'employeur :

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e) [civilité, nom et prénom]
certifie sur l'honneur [cocher la case correspondante] :

- ☐ Le/la (ex-)conjoint(e)
ou (ex-)concubin(e)
n'exerce pas d'activité
professionnelle ou
exerce une profession
libérale ou à domicile.
- ☐ 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 :

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

Fait à :,

Le :

Signature de l'agent :

ANNEXE 3

Questionnaire destiné aux autorisations d'absence pour soins à enfant(s) malade(s)

Année civile : 2020

Document à retourner à votre gestionnaire :

- Par courriel (cf. Annexe 1 – Réparation des portefeuilles de gestion 2019-2020)
- Ou par voie postale à l'adresse suivante : DSDEN de l'Oise – DGP 2
22 avenue Victor Hugo
60025 BEAUVAIS CEDEX

I. FONCTIONNAIRE

Nom :	Prénom :
Grade :	

Affection et Ville :

Circonscription :

Emploi [cocher la case correspondante] :

☐ Temps complet (100%)

☐ Temps partiel (..... %)

- Nombre de demi-journées travaillées par semaine :
- Répartition [rayez les mentions inutiles] :

Lundi matin / après-midi

Mardi matin / après-midi

Mercredi matin / après-midi

Jeudi matin / après-midi

Vendredi matin / après-midi

Situation familiale :

Célibataire	Concubin(e)	Pacsé(e)	Marié(e)	Veuf(ve)	Divorcé(e)	Séparé(e)
-------------	-------------	----------	----------	----------	------------	-----------

II. CONJOINT(E)

Nom : Prénom :

☐ Fonctionnaire. Administration :

☐ Non fonctionnaire. Nom de l'entreprise :

☐ Demandeur d'emploi. Joindre un justificatif.

Nombre de demi-journées accordées au conjoint par année civile pour soins à enfant(s) malade(s) :

N.B. : Joindre obligatoirement une attestation (cf. Annexe 4 – Attestation pour soins à enfant(s) malade(s)) délivrée par l'employeur attestant l'attribution ou la non-attribution d'un contingent de demi-journées d'absence par année civile pour soins à enfants malades. Un conjoint peut renoncer au bénéfice de ses autorisations d'absence au profit de l'autre.

III. ENFANT(S)

Nombre d'enfant(s) à charge :

Nom, prénoms et date de naissance du premier enfant :

Nom, prénoms et date de naissance du deuxième enfant :

Nom, prénoms et date de naissance du troisième enfant :

Nom, prénoms et date de naissance du quatrième enfant :

Nom, prénoms et date de naissance du cinquième enfant :

N.B. : Les autorisations d'absence pour soins à enfants malades ne sont accordées que pour des enfants âgés de moins de 16 ans. Toutefois, aucune limite d'âge n'est opposée aux enfants handicapés.

Signaler rapidement tout changement de situation à votre gestionnaire.

Fait à :

Le :

Signature de l'agent :

ANNEXE 4

Attestation pour soins à enfant(s) malade(s)

Année civile : 2020

À faire compléter par l'employeur de votre conjoint(e).
Si ce document n'est pas retourné, seul le nombre de demi-journées réglementaire sera autorisé.

Je soussigné(e) [civilité, nom et prénom de l'employeur]
certifie que [civilité, nom et prénom de l'employé(e)]
employé(e) depuis le/...../..... à [nom et adresse de l'entreprise] :
.....
.....
.....
et conjoint(e) de [civilité, nom et prénom du (de l') enseignant(e)]

☐ bénéficie
d'autorisations d'absences pour soins à enfant(s) malade(s).
☐ ne bénéficie pas

Il lui est accordé à ce titre un contingent de demi-journées d'absences rémunérées pour la période du 1^{er} janvier 2020 au 31 décembre 2020.

[Civilité, nom et prénom de l'employé(e)]

☐ Renonce au bénéfice des demi-journées d'absence au profit de son (sa) conjoint(e).
☐ Conserve le bénéfice de ses demi-journées d'absences.

Fait à :

Le :

Cachet et signature de l'employeur :