

## IL SOSTEGNO PER L'INCLUSIONE ATTIVA

### CHE COS'È E COME FUNZIONA

Il Sostegno per l'Inclusione Attiva (SIA) è una misura di contrasto alla povertà che prevede **l'erogazione di un sussidio economico** alle famiglie in condizioni economiche disagiate, nelle quali siano presenti persone minorenni, figli disabili o una donna in stato di gravidanza accertata; il sussidio è **subordinato all'adesione ad un progetto personalizzato di attivazione sociale e lavorativa**. Il beneficio è concesso per un periodo massimo di dodici mesi.

Il **progetto viene predisposto dai servizi sociali del Comune**, in rete con i servizi per l'impiego, i servizi sanitari e le scuole, nonché con soggetti privati attivi nell'ambito degli interventi di contrasto alla povertà, con particolare riferimento agli enti non profit. **Il progetto coinvolge tutti i componenti del nucleo familiare e prevede specifici impegni per adulti e bambini**, che vengono individuati sulla base di una valutazione globale delle problematiche e dei bisogni. Le attività possono riguardare i contatti con i servizi, la ricerca attiva di lavoro, l'adesione a progetti di formazione, la frequenza e l'impegno scolastico, la prevenzione e la tutela della salute. L'obiettivo è aiutare le famiglie a superare la condizione di povertà e riconquistare gradualmente l'autonomia.

Il SIA nel 2017 sarà erogato ai nuclei familiari in possesso dei seguenti requisiti:

- ✓ **requisiti familiari:** presenza di almeno un componente di minore età o di un figlio disabile, ovvero donna in stato di gravidanza accertata
- ✓ **requisiti economici:** ISEE inferiore o uguale ai 3.000 euro
- ✓ **valutazione del bisogno:** da effettuare mediante una scala di valutazione multidimensionale che tiene conto dei carichi familiari, della situazione economica e della situazione lavorativa, in base alla quale il nucleo familiare richiedente deve ottenere un punteggio uguale o superiore a 25.

I requisiti di accesso saranno verificati sulla base dell'ISEE in corso di validità all'atto della domanda di SIA.

Per accedere al SIA è inoltre necessario che ciascun componente il nucleo:

- non sia già beneficiario della NASpl, dell'ASDI, o di altri strumenti di sostegno al reddito dei disoccupati o della carta acquisti sperimentale
- non riceva già trattamenti superiori o uguali a 600 euro mensili, elevati a 900 euro in caso di presenza nel nucleo di persona non autosufficiente, come definita ai fini ISEE e risultante nella DSU
- non abbia acquistato un'automobile nuova (immatricolata negli ultimi 12 mesi) o non possieda un'automobile di cilindrata superiore a 1.300 cc o un motoveicolo di cilindrata superiore a 250 cc immatricolati negli ultimi 3 anni; sono fatti salvi gli autoveicoli e i motoveicoli per cui è prevista una agevolazione fiscale in favore delle persone con disabilità ai sensi della disciplina vigente.

Il sostegno economico verrà erogato attraverso l'attribuzione di una carta di pagamento elettronica, utilizzabile per l'acquisto di beni di prima necessità.

Dall'ammontare del beneficio vengono dedotte eventuali somme erogate ai titolari di Carta acquisti ordinaria e dell'incremento del Bonus bebé. Per le famiglie che soddisfano i requisiti per accedere all'Assegno per il nucleo familiare con almeno tre figli minori, il beneficio sarà corrispondentemente ridotto a prescindere dall'effettiva richiesta dell'assegno.

Per approfondimenti:

[www.lavoro.gov.it](http://www.lavoro.gov.it) [www.inps.it](http://www.inps.it)

Decreto del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali del 26 maggio 2016, così come modificato dal decreto del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali del 16 marzo 2017.

## DOMANDA DI SOSTEGNO PER L'INCLUSIONE ATTIVA

Modello di dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà (artt. 46 e 47, D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

Io richiedente, consapevole che:

- i requisiti devono essere mantenuti per l'intera durata del beneficio, pena la cessazione dello stesso
- l'erogazione potrà essere sospesa in caso di mancata adesione al progetto e in caso di reiterati comportamenti inconciliabili con gli obiettivi del progetto da parte dei componenti del nucleo familiare beneficiario
- i Comuni possono stabilire la revoca o l'esclusione del beneficio nel caso emerga il venir meno delle condizioni di bisogno che lo hanno determinato,

### DICHIARO QUANTO SEGUE

#### QUADRO A

#### DATI DEL RICHIEDENTE/ TITOLARE DELLA CARTA DI PAGAMENTO

Cognome *(per le donne indicare il cognome da nubile)*

Nome

Codice Fiscale (\*)

(\*) *Le domande prive del codice fiscale corretto del richiedente non saranno esaminate*

Data di nascita

Sesso (M o F)

Stato di cittadinanza

Comune di nascita

Provincia nascita

Stato di nascita

Indirizzo di residenza

Comune di residenza

Prov.

CAP

Documento di riconoscimento:

Tipo

Numero

Rilasciato da:

Ente

Località

Data

Indirizzo presso il quale si intende ricevere la corrispondenza *(solo se diverso dall'indirizzo di residenza)*

Indirizzo

Comune

Prov.

CAP

|                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>ULTERIORI DATI<br/>PER LE<br/>COMUNICAZIONI<br/>AI CITTADINI<br/>(non obbligatori)</b> | <div><div></div><div>Recapito telefonico (*)</div></div> <div><div></div><div>Indirizzo e-mail</div></div> <p>(*) eventuali comunicazioni verranno inviate al numero indicato (nel caso in cui venga inserito un numero di cellulare verrà inviato un SMS ad ogni accredito bimestrale; il servizio è gratuito)</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>QUADRO B</b><br><br><b>REQUISITI DI<br/>RESIDENZA E<br/>CITTADINANZA</b>               | <p>RESIDENZA</p> <p><input type="checkbox"/> Residente in Italia da almeno 2 anni al momento di presentazione della domanda<br/>(la residenza in Italia è inoltre richiesta per l'intera durata del beneficio)</p> <p>CITTADINANZA (selezionare una delle voci sottoindicate)</p> <p><input type="checkbox"/> Cittadino italiano</p> <p><input type="checkbox"/> Cittadino comunitario</p> <p><input type="checkbox"/> Familiare di cittadino italiano o comunitario, non avente la cittadinanza di uno Stato membro che sia titolare del diritto di soggiorno o del diritto di soggiorno permanente<br/>indicare gli estremi del documento:<br/>numero del permesso _____ data di rilascio (gg/mm/aaaa) _____<br/>eventuale data di scadenza (gg/mm/aaaa) _____<br/>Questura che ha rilasciato il permesso<br/>_____</p> <p><input type="checkbox"/> Cittadino straniero in possesso del permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo<br/>indicare gli estremi del documento:<br/>numero del permesso _____ data di rilascio (gg/mm/aaaa) _____<br/>Questura che ha rilasciato il permesso<br/>_____</p> <p><input type="checkbox"/> Titolare di protezione internazionale (asilo politico, protezione sussidiaria)</p> |
| <b>QUADRO C</b><br><br><b>REQUISITI<br/>FAMILIARI</b>                                     | <p>Nel nucleo familiare (come definito a fini ISEE e risultante nella DSU) è presente:<br/>(barrare una o più caselle)</p> <p><input type="checkbox"/> un componente di età inferiore ad anni 18</p> <p><input type="checkbox"/> una persona con disabilità e almeno un suo genitore</p> <p><input type="checkbox"/> una donna in stato di gravidanza accertata con data presunta del parto (gg/mm/aaaa) _____, come da documentazione medica attestante lo stato di gravidanza rilasciata da una struttura pubblica (nel caso sia il solo requisito posseduto, la domanda può essere presentata non prima di quattro mesi dalla data presunta del parto)</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>QUADRO D</b><br><br><b>REQUISITI<br/>ECONOMICI</b>                                     | <ul style="list-style-type: none"><li>il nucleo familiare è in possesso di una Dichiarazione Sostitutiva Unica (DSU) ai fini ISEE, in corso di validità, da cui risulti un valore ISEE di importo inferiore o uguale ad euro 3.000,00<ul style="list-style-type: none"><li>se nel nucleo è presente componente di età inferiore ad anni 18, sarà considerato l'ISEE per prestazioni rivolte a minorenni o a famiglie con minorenni</li><li>in assenza di minorenni nel nucleo, sarà considerato l'ISEE ordinario</li><li>in presenza di ISEE corrente sarà comunque considerato quest'ultimo</li><li>l'INPS non procederà alla valutazione della presente domanda in assenza di un'attestazione ISEE in corso di validità</li></ul></li></ul> <p>Inoltre (barrare le caselle interessate)</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |





|                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| (segue quadro H)                                           | <p>e. comportamenti di prevenzione e cura volti alla tutela della salute</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ in caso di reiterati comportamenti inconciliabili con gli obiettivi del progetto da parte dei componenti del nucleo familiare beneficiario e nei casi stabiliti con proprio provvedimento, i Comuni possono stabilire la revoca o l'esclusione del beneficio</li> <li>▪ nel caso in cui non siano mantenuti tutti i requisiti per tutta la durata dell'erogazione, il beneficio cesserà.</li> </ul> <p><input type="checkbox"/> <b>Dichiaro di aver preso atto di quanto riportato nel presente Quadro H</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>QUADRO I</b><br><br><b>SOTTOSCRIZIONE DICHIARAZIONE</b> | <p>Io richiedente, consapevole delle responsabilità penali che mi assumo, ai sensi dell'articolo 76 del DPR n. 445 del 2000, n. 445, per falsità in atti e dichiarazioni mendaci, dichiaro che quanto espresso nel modulo è vero ed è accertabile ai sensi dell'articolo 43 del citato DPR n. 445 del 2000, ovvero documentabile su richiesta delle amministrazioni competenti.</p> <p>Dichiaro, altresì, di essere a conoscenza che:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ sui dati dichiarati potranno essere effettuati controlli ai sensi dell'articolo 71 del DPR n. 445 del 2000</li> <li>▪ la non veridicità del contenuto delle dichiarazioni comporta la decadenza dai benefici eventualmente conseguenti ai provvedimenti emanati sulla base delle dichiarazioni non veritiere</li> <li>▪ l'acquisizione delle domande e l'accesso ai benefici potranno essere sospesi in caso di esaurimento delle risorse disponibili</li> <li>▪ ove richiesto, dovrà compilare l'apposito questionario distribuito dal Comune di residenza all'avvio e al termine della sperimentazione, in riferimento al quale vi è l'obbligo di risposta ad eccezione delle domande riferite a dati sensibili e giudiziari</li> <li>▪ in caso di indebita percezione di una prestazione sociale agevolata sulla base dei dati dichiarati, sarà irrogata una sanzione da parte degli Enti erogatori da 500 a 5000 euro, ai sensi dell'articolo 38 del Decreto legge 31 maggio 2010, n. 78 convertito dalla legge 30 luglio 2010, n. 122.</li> </ul> <p>Luogo _____ Data _____ Firma _____</p> |

### **Informativa sul trattamento dei dati personali (art. 13 D. Lgs. n. 196/2003)**

Il Ministero dell'Economia e delle Finanze, il Ministero del Lavoro e delle politiche sociali ed il Comune di residenza, in qualità di titolari del trattamento dei dati personali, informano che i dati conferiti, anche con autocertificazione, sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini dell'erogazione della Sostegno all'Inclusione Attiva (SIA), che altrimenti non potrebbe essere attribuita. I dati verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo, con modalità anche informatizzate o telematiche a ciò strettamente funzionali, da parte, oltre che del titolare del trattamento, dell'INPS e del Gestore del servizio espressamente individuato, da altre Amministrazioni centrali, regionali o locali, designati responsabili del trattamento dei dati personali nonché degli incaricati del trattamento. I diritti di cui all'art. 7 del D. Lgs. n. 196/2003 (accesso, aggiornamento, cancellazione, trasformazione, ecc.), potranno essere esercitati rivolgendosi all'INPS – Istituto Nazionale Previdenza Sociale, Via Ciriaco De Mita 15, Roma (numero telefonico gratuito 803164 oppure il numero 06 164164 da telefono cellulare, con tariffazione stabilita dal proprio gestore).

### **Informativa**

1. Nei casi in cui il Comune di residenza non invii le informazioni relative ai progetti di presa in carico intrapresi, entro novanta giorni dalla comunicazione dell'avvenuto accreditamento del primo bimestre, l'INPS provvederà a sospendere i successivi accrediti per i soggetti interessati al progetto.
2. La comunicazione per il ritiro della Carta elettronica di pagamento SIA sarà inviata ai beneficiari da Poste Italiane a seguito della verifica dei requisiti e dopo che l'INPS avrà dato disposizioni di accredito. Con la Carta si possono effettuare acquisti in tutti i supermercati, negozi alimentari, farmacie e parafarmacie abilitati al circuito Mastercard. La Carta può anche essere utilizzata presso gli uffici postali per pagare le bollette elettriche e del gas e dà diritto a sconti nei negozi convenzionati. Completamente gratuita, funziona come una normale carta di pagamento elettronica con la differenza che le spese, anziché essere addebitate al titolare della Carta, sono saldate direttamente dallo Stato.