



Presidenza del Consiglio dei Ministri



### **Modello di domanda del Reddito di libertà**

Modello di dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà (artt. 46 e 47, D.P.R. 28 dicembre 2020, n. 455)

Con DPCM del 17 dicembre 2020 (nella G.U. n. 172 del 20 luglio 2021), è stata introdotta la misura denominata Reddito di libertà (Rdl) per le donne vittime di violenza. La presentazione della domanda avviene per il tramite del Comune competente per residenza. Il beneficio corrisposto da INPS è pari ad euro 400 per un massimo di dodici mensilità. Si ricorda che per beneficiare della misura è necessario essere in possesso:

- 1) della cittadinanza italiana oppure di uno Stato dell'Unione Europea ovvero essere cittadine di uno Stato non appartenente all'Unione europea in possesso di regolare permesso di soggiorno.
- 2) della residenza in Italia;
- 3) della dichiarazione firmata dal rappresentante legale del Centro antiviolenza che ha preso in carico la vittima di violenza;
- 4) della dichiarazione firmata dal responsabile del Servizio sociale professionale di riferimento territoriale attestante lo stato di bisogno legato alla situazione straordinaria o urgente.

#### **1) DATI DEL RICHIEDENTE O DEL SOGGETTO RAPPRESENTATO (SE MINORE O INCAPACE)**

(compilare la presente sezione a cura del richiedente o del soggetto delegato che ne ha la rappresentanza)

Io sottoscritta \_\_\_\_\_, consapevole delle responsabilità penali ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 per falsità in atti e dichiarazioni mendaci, dichiaro di aver intrapreso un percorso di autonomia e di emancipazione e di essere seguita dal Centro Antiviolenza \_\_\_\_\_.

Sono consapevole altresì che, ai sensi dell'art. 13 e 14 del Regolamento (UE) 2016/679, i dati contenuti nelle domande di Reddito di libertà sono trasmessi all'Inps per la finalizzazione dei relativi procedimenti e la concessione dei benefici richiesti. Il trattamento dei dati personali da parte dell'Inps e dagli altri soggetti che prendono parte al procedimento (enti gestori dei centri antiviolenza riconosciuti dalle Regioni, i Comuni, la Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento per le Pari Opportunità) è effettuato per le finalità di riconoscimento ed erogazione dei benefici ai sensi del DPCM 17 dicembre 2020, in qualità di Titolari del trattamento dei dati personali, in osservanza dei presupposti e nei limiti stabiliti dal Regolamento UE medesimo, dal d. lgs. 10 agosto 2018, n. 101 e dal d. lgs. 30 giugno 2003, n. 196, così come modificato e integrato dal predetto d. lgs. 10 agosto 2018, n. 101. Il conferimento dei dati relativi al telefono e alla posta elettronica nel presente modello è obbligatorio per ottenere la prestazione e per consentire all'Inps di porre in essere gli adempimenti ad essa connessi; la mancata fornitura dei dati richiesti può comportare impossibilità o ritardi nella definizione dei procedimenti. Ulteriori informazioni in ordine al trattamento dei suoi dati e ai diritti che le sono riconosciuti possono essere reperite sul sito istituzionale [www.inps.it](http://www.inps.it), "Informazioni sul trattamento dei dati personali degli utenti dell'Inps, ai sensi degli articoli 13 e 14 del regolamento (UE) 2016/679" oppure sul sito [www.garanteprivacy.it](http://www.garanteprivacy.it) del Garante per la protezione dei dati personali.

Tanto considerato chiedo che mi venga corrisposto il beneficio Reddito di Libertà e, a tal fine, dichiaro quanto segue:

\_\_\_\_\_  
(Nome)

\_\_\_\_\_  
(Cognome)

\_\_\_\_\_  
(Data e luogo di nascita)

\_\_\_\_\_  
(codice fiscale)

\_\_\_\_\_

(indirizzo di residenza)

\_\_\_\_\_

(n.ro e tipo permesso di soggiorno)

\_\_\_\_\_

(data di scadenza)

\_\_\_\_\_

(eventuale e -mail/cellulare)

\_\_\_\_\_

(Iban o in alternativa n.ro Libretto postale)

\_\_\_\_\_

(documento di identità)

\_\_\_\_\_

(numero)

\_\_\_\_\_

(scadenza)

\_\_\_\_\_

Firma

## 2) DICHIARAZIONE CHE ATTESTA IL PERCORSO DI EMANCIPAZIONE E AUTONOMIA INTRAPRESO

(compilare a cura del Centro antiviolenza)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_ in qualità di legale rappresentante del centro antiviolenza \_\_\_\_\_, riconosciuto dalla Regione \_\_\_\_\_

### ATTESTO

che la sig.ra \_\_\_\_\_, nata il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ CF \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ cittadinanza \_\_\_\_\_

è inserita in un percorso di emancipazione e autonomia intrapreso per la fuoriuscita dalla violenza di genere.

\_\_\_\_\_

(Luogo e Data)

## IL RAPPRESENTANTE LEGALE DEL CENTRO ANTIVIOLENZA

## 3) ATTESTAZIONE DELLO STATO DI BISOGNO E DELLO STATO DI BISOGNO STRAORDINARIO ED URGENTE AI SENSI DELL'ART. 3 COMMA 4 DEL DPCM 17 dicembre 2020 (art. 47, D.P.R. 445/2000)

(compilare a cura del Servizio sociale professionale)

La sig.ra \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_ nata a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ alla via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ tel/mail. \_\_\_\_\_ ha chiesto di accedere ai benefici previsti per "le donne vittime di violenza, sole o con figli minori, seguite dai centri antiviolenza riconosciuti dalle regioni e dai servizi sociali nei percorsi di fuoriuscita dalla violenza", al fine di favorirne l'indipendenza economica.

### PRESO ATTO

Delle evidenze consultabili nella gestione dei servizi sociali e di quanto autocertificato nel modulo di domanda, anche a seguito del colloquio tenutosi in data \_\_\_\_\_

1. Che il nucleo familiare della richiedente, è costituito da n. \_\_\_\_ componenti di cui minori n\_\_\_\_, disabili n\_\_\_\_, ultrasessantacinquenni n\_\_\_\_\_;

2. Che la richiedente:

- è in carico dal Servizio Sociale Professionale;
- non è in carico dal Servizio Sociale Professionale.

Nel caso di cittadine di stato extracomunitario barrare la voce corrispondente:

- in possesso di regolare permesso di soggiorno.

Ai fini del presente beneficio, alle cittadine italiane sono equiparate le straniere aventi lo status di rifugiate politiche o lo status di protezione sussidiaria (art. 27 del D.lgs. 19 novembre 2007, n. 251).

3. Che, benché la richiedente sia percettore di altra forma di sostegno pubblico (NASPI, CASSA INTEGRAZIONE, PENSIONE DI INVALIDITÀ, ALTRO \_\_\_\_\_) con importo pari a €\_\_\_\_\_ mensili, sussiste comunque l'esigenza in relazione alla straordinaria ed urgente condizione di bisogno legata alla condizione di violenza nonché alla situazione temporanea di grave necessità.

**IL SERVIZIO SOCIALE DEL COMUNE DI \_\_\_\_\_**

**ATTESTA**

- LO STATO DI BISOGNO
- LO STATO DI BISOGNO STRAORDINARIO ED URGENTE AI SENSI DELL'ART. 3 COMMA 4 DEL DPCM 20/12/2020)

\_\_\_\_\_  
(Luogo e Data)

\_\_\_\_\_  
**L'ASSISTENTE SOCIALE**