**MESURE SINE – ATTESTATION**

A REMPLIR PAR LE CPAS

Le Centre Public d’Action Sociale de ………………………………………………………………………………….

certifie par la présente que :

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Prénom NOM | |  | | | N° de registre national | |  | | |
| Nationalité | |  | | | | | | | |
| Rue |  | | | | | N° |  | Boîte |  |
| Code postal | |  | Localité |  | | | | | |

Est bénéficiaire :

Du **Revenu d’intégration sociale** (RIS), instauré par la loi du 26 mai 2002, depuis le ..…./.…../……..….

De l’**Aide sociale équivalente** (ASE), instauré par la loi du 2 avril 1965, depuis le ..…./.…../……..….

La personne susmentionnée répond aux conditions d’une intervention financière du CPAS dans le cadre de la mesure SINE, en application de l’Arrêté Royal du 11 juillet 2002 portant exécution de la loi du 26 mai 2002 si la personne est bénéficiaire du droit à l’intégration sociale, ou en application de l’Arrêté Royal du 14 novembre 2002 portant exécution de la loi du 26 mai 2002 si la personne est bénéficiaire de l’aide sociale équivalente.

**Conditions SINE-CPAS (code ONEM/ONSS, cf. tableau ci-dessous) :** ……….

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Age du travailleur** | **Période d’octroi du droit à l’intégration sociale financière (ou l’aide sociale équivalente financière) avant l’engagement dans le cadre d’une occupation SINE** | **Réduction groupe-cible des cotisations ONSS pour l’employeur** | **Montant de l’allocation** | **Code ONEm** |
| Moins de 45 ans | Au moins 156 jours R6 dans une période de référence de 9 mois calendrier | 1000 € : trimestres 1 à 11 | 500 € / mois | C15 |
| Moins de 45 ans | Au moins 312 jours R6 dans une période de référence de 18 mois calendrier | 1000 € : trimestres 1 à 21 | 500 € / mois | C16 |
| A partir de 45 ans | Au moins 156 jours R6 dans une période de référence de 9 mois calendrier | 1000 € : durée de l’occupation | 500 € / mois | D12 |

**En cas d’engagement, une copie du contrat de travail est transmise par l’employeur au CPAS dans les 30 jours calendrier qui suivent le premier jour de prestation du travailleur.**

Signature(s) – Prénom NOM, fonction :

|  |
| --- |
|  |