

CLAUSES COMMUNES

Article 1 : Les bénéficiaires

Les bénéficiaires des prestations du présent règlement sont :

- Pour ce qui concerne l'Action Sanitaire et Sociale «Maladie» et 2.2.B

Les affiliés (et leurs ayants droit) du régime minier au titre de l'assurance maladie

- Pour ce qui concerne l'Action Sanitaire et Sociale «Accident du Travail – Maladie Professionnelle»

Les titulaires d'une rente d'accident du travail et/ou de maladie professionnelle servie par le régime minier

- Pour ce qui concerne l'Action Sanitaire et Sociale «Vieillesse»

Les personnes âgées d'au moins 60 ans, titulaires d'une pension personnelle ou de réversion servie par le régime minier et affiliées au régime minier pour l'assurance maladie. Si elles ne relèvent pas de l'assurance maladie du régime minier, elles doivent être bénéficiaires :

- Soit de plusieurs avantages personnels ou de plusieurs avantages de réversion lorsque le plus grand nombre de trimestres d'assurance validé aura été effectué au régime minier
- Soit d'un avantage personnel et d'un avantage de réversion lorsque l'avantage personnel est servi par le régime minier, quel que soit le montant de celui-ci et de l'avantage de réversion.

Des dispositions particulières peuvent être prises en ce qui concerne :

- L'aide aux vacances, aux loisirs et aux activités de proximité
- Les personnes âgées de 55 à 60 ans qui ne sont pas prises en charge par l'Assurance Maladie et dont l'aide est jugée indispensable au maintien à domicile
- Le cas des couples dont les membres relèvent de régimes de retraite différents : dans ce cas, la contribution de l'autre régime doit être recherchée si l'aide est nécessaire aux deux époux.

Article 2 : Nature de la prestation et bénéficiaire de l'aide

Elles sont précisées dans les fiches «prestations» annexées au présent règlement.

Article 3 : Conditions d'attribution des demandes de prestations

La demande du bénéficiaire ou du partenaire, est adressée au service Liquidation de l' «Action Sanitaire et Sociale» de l'ANGDM qui instruit le dossier administratif.

Article 4 : Le montant et les conditions de ressources

«Quelle que soit la prestation visée au présent règlement, si la demande n'est pas recevable au motif de ressources supérieures au barème en vigueur, elle ne peut faire l'objet d'une nouvelle demande sous forme d'aides financières individuelles visées à la fiche n°12».

4-1 Les barèmes applicables

Le montant de l'aide de l'ANGDM résulte pour la plupart des prestations, d'un barème fonction des ressources (revenu brut global) du demandeur, de la nature de la prestation et d'un plafond fixé chaque année par l'ANGDM.

Les revalorisations annuelles des barèmes, seront indexées sur les barèmes nationaux de la caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés (CNAV).

Le barème « aide à domicile » est retenu pour l'ensemble des prestations à l'exception :

Des prestations «Amélioration de l'Habitat et à l'Adaptation du Logement au Handicap», des «Aides Techniques» et de l'ensemble des prestations «Maladie», qui sont régies par le barème «Aide à l'Amélioration de l'Habitat»,

De la prestation «aide aux vacances» régie par le barème «Vacances»

De la prestation «aides financières individuelles» et aides financières individuelles complémentaires maladie.

Des prestations «frais d'hébergement et de transport liés à une cure thermale» et «aide au transport» non régies par des barèmes.

Il est rappelé que les barèmes applicables sont ceux de l'année civile en cours, contrairement aux ressources à prendre en considération qui correspondent au revenu de l'année de référence N-2.

4-2 – Les ressources prises en compte pour l'attribution des aides

Les ressources prises en considération pour l'octroi des prestations, à l'exception de la prestation « Aide Financière Individuelle » (Fiche n°12 – Bénéficiaires visés au 3^{ème} alinéa) , pour laquelle, il est tenu compte de l'intégralité des ressources et des charges du bénéficiaire de l'année en cours et des prestations dons aux centenaires, des prestations supplémentaires facultatives, des prestations supplémentaires obligatoires, des prestations «frais d'hébergement et de transport liés à une cure thermale» et «aide au transport» non soumises à conditions de ressources, sont les ressources fiscales du foyer, à savoir :

«Revenu déclaré de l'année de référence N-2, soit le revenu avant abattements fiscaux et déductions éventuelles, auquel il convient d'intégrer les revenus des capitaux mobiliers, les revenus fonciers et les revenus mondiaux éventuels»

Dans les cas particuliers ci-après définis, les ressources sont déterminées selon les règles suivantes :

- Si le bénéficiaire (ou le couple) héberge(nt) des « cohabitants », le calcul est effectué comme suit :

Ressources fiscales du bénéficiaire (ou du couple) + ressources fiscales du (ou des) cohabitant(s)
1 (ou 2) + ½ part par cohabitant

et le résultat obtenu détermine la tranche de revenus dans le barème «personne seule».

- Si le bénéficiaire a un enfant handicapé, majeur et célibataire, l'enfant est automatiquement considéré comme personne à charge du foyer fiscal.
- Si le bénéficiaire vit au domicile de ses enfants, seules les ressources du bénéficiaire sont prises en compte.
- Si l'un des deux membres du couple est hébergé en établissement, les ressources du couple sont diminuées des frais d'hébergement du conjoint placé et le résultat obtenu détermine la tranche de revenus dans le barème «personne seule».

En cas de diminution durable des ressources et dans l'attente de la connaissance des ressources exactes (cas de veuvage en cours d'année), les ressources prise en compte seront celles du conjoint de l'année de référence N-2 divisées par deux (hormis les avantages en nature chauffage logement maintenus à taux plein durant la première année), auxquelles s'ajouteront les avantages personnels de la veuve. Il ne sera pas tenu compte des ressources liées à la majoration pour conjoint à charge.

Article 5 : Justification de l'aide

Les prestations sont payées sur présentation des pièces justifiant de la réalisation de la prestation ou du service : facture, décompte maladie, bon de participation...

Le cas échéant, et afin de régler les difficultés de certains bénéficiaires qui ne peuvent produire de facture acquittée, un système de tiers payant avec les fournisseurs pourra être mis en place.

Article 6 : Forclusion et suppression des prestations

Aucun droit ne peut être ouvert avant la demande du bénéficiaire. La demande du bénéficiaire doit être déposée dans les 3 mois qui suivent le fait générateur pour l'amélioration de l'habitat.

La forclusion sera opposée aux bénéficiaires ou aux partenaires qui ne présenteraient pas les pièces justificatives au paiement dans les 6 mois suivant la date de la facture, à l'exception des aides dont le délai fixé est différent.

A la différence des prestations légales, les prestations d'Action Sanitaire et Sociale sont des prestations à caractère facultatif, dites extra légales. Il résulte de ce principe qu'elles ne peuvent être accordées que dans la limite des crédits prévus à cet effet et que leur paiement ne peut donner lieu à rappel.

L'octroi des prestations est fonction des crédits budgétaires mis à la disposition de l'ANGDM et des financements extérieurs, le cas échéant.

Les prestations prévues peuvent donc être réduites s'il y a lieu ou ne plus être versées si les crédits disponibles sont épuisés.

Article 7 : Traitements des cas particuliers

Sur proposition des commissions régionales de l'ASS, le directeur général peut accorder une aide exceptionnelle dans des situations particulières.

Dans le cadre de l'aide à l'amélioration de l'habitat et à l'adaptation du logement au handicap, le directeur général peut être amené, à titre dérogatoire à donner son accord afin que les travaux soient entrepris avant le dépôt de la demande (exemple : changement d'une chaudière hors d'usage en hiver).

Dans ce cas, la demande doit être déposée dans un délai de 3 mois après la facturation.