

**DEMANDE DE PRESTATION D'ACTION SANITAIRE ET SOCIALE**

<b>N° de dossier CASSIS* :</b>	<b>N° de dossier DUNE* :</b>
<b>GIR du demandeur *</b>	<b>GIR du conjoint *</b>
<b>Saisine vérifiée le</b> <input type="checkbox"/> Maladie <input type="checkbox"/> AT/MP <input type="checkbox"/> Vieillesse <input type="checkbox"/> 2.2B	
<b>DEMANDEUR</b>	
Nom :	Prénom :
Né(e) le :	Nom de jeune fille :
Téléphone :	Depuis le :
Situation familiale :	
Adresse Postale :	Adresse de correspondance :
Adresse mail : <input type="checkbox"/> Ne possède pas de mail	
Numéro sécurité sociale : Affiliation sécurité sociale minière : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si non, caisse de sécurité sociale :	
Caisse de retraite principale compétente en action sociale :	
Carrière professionnelle minière: Date d'embauche :                      Date de cessation d'activité : Ancienneté minier :                      Ancienneté Canssm : Carrière professionnelle autre(s) régime(s) :	
<b>CONJOINT</b>	
Nom :	Prénom :
Nom de jeune fille :	Né(e) le :                      Date de décès :
Numéro sécurité sociale : Affiliation sécurité sociale minière : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si non, caisse de sécurité sociale :	
Caisse de retraite principale compétente en action sociale :	
Carrière professionnelle minière: Date d'embauche :                      Date de cessation d'activité : Ancienneté minier :                      Ancienneté Canssm : Carrière professionnelle autre(s) régime(s) :	

**Autres personnes hébergées par le demandeur titulaire du logement  
et rattachées fiscalement au foyer**

<u>Nom/prénom :</u>		<u>Date de naissance :</u>		<u>Parenté :</u>	
<u>Nom/prénom :</u>		<u>Date de naissance :</u>		<u>Parenté :</u>	
<b>RESSOURCES</b>			<b>DEPENSES D'ACCUEIL DANS UN ETABLISSEMENT</b>		
<b>DEMANDEUR</b>					
Revenu brut global		Montant mensuel			
Année de ressources déclarées					
<b>CONJOINT</b>					
Revenu brut global		Montant mensuel			
Année de ressources déclarées					

**DEMANDE DE PRESTATION(S) D'ACTION SANITAIRE ET SOCIALE**

**Votre demande concerne (cochez la ou les cases correspondantes) :**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Aide à domicile   | <input type="checkbox"/> Garde à domicile   |
| <input type="checkbox"/> Portage repas   | <input type="checkbox"/> Petits travaux   |
| <input type="checkbox"/> Téléalarme  | <input type="checkbox"/> Pédicurie  |
| <input type="checkbox"/> Accueil de jour   | <input type="checkbox"/> Hébergement temporaire   |
| <input type="checkbox"/> Aide au déménagement  | <input type="checkbox"/> Aide technique   |
| <input type="checkbox"/> Conseil en ergothérapie   | <input type="checkbox"/> Dons aux centenaires   |
| <input type="checkbox"/> Aide au retour à domicile après hospitalisation                         | <input type="checkbox"/> Aide financière à la caution à l'entrée en EHPAD   |
| <input type="checkbox"/> Aide aux aidants  | <input type="checkbox"/> Aide au maintien à domicile des personnes en soins palliatifs                                |
| <input type="checkbox"/> Participation financière pour l'achat de fourniture pour incontinence   | <input type="checkbox"/> Participation financière pour l'achat de produits non pris en charge par l'assurance maladie |
| <input type="checkbox"/> Aide financière individuelle (évaluation sociale pour l'AFI vieillesse) | <input type="checkbox"/> Aide à l'amélioration de l'habitat et à l'adaptation du logement au handicap                 |
| <input type="checkbox"/> Aide aux transports   | <input type="checkbox"/> Frais d'hébergement et de transport liés à une cure thermale                                 |
| <input type="checkbox"/> Autre prestation :  |   |

<b>Territoire*</b>	
<b>Nom de l'Assistant(e) social titulaire*</b>	

\* Sera complété par l'ANGDM

**Pièces à joindre à la demande :**

- **Avis d'imposition (N-2) du demandeur et des personnes au foyer**
- **Notification APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie) délivrée par le Département si le demandeur ou son conjoint en est bénéficiaire**
- **Un relevé d'identité bancaire**

Je soussigné (e)

- sollicite la participation financière de l'ANGDM pour les prestations référencées.
- certifie l'exactitude des renseignements mentionnés sur cette demande et m'engage à signaler toute modification de ma situation familiale, de mes ressources et charges.
- atteste être informé(e) du partage éventuel d'informations au sein des différents services de l'ANGDM.
- j'autorise l'ANGDM à utiliser mon adresse mail pour me transmettre des informations et ses offres de services :     Oui     Non

A

Le

Signature

**Imprimé à retourner à :**  
**ANGDM**  
**110 Avenue de la Fosse 23**  
**CS 50019**  
**62 221 NOYELLES SOUS LENS Cedex**  
**Mail : [contact@angdm.fr](mailto:contact@angdm.fr)**  
**Plateforme Téléphonique : 03.21.79.48.48**

Conformément à l'article L. 441-6 du Code pénal, « le fait de se faire délivrer indûment par une administration publique ou par un organisme chargé d'une mission de service public, par quelque moyen frauduleux que ce soit, un document destiné à constater un droit, une identité ou une qualité ou à accorder une autorisation est puni de deux ans d'emprisonnement et de 30 000 euros d'amende.

*Est puni des mêmes peines le fait de fournir sciemment une fausse déclaration ou une déclaration incomplète en vue d'obtenir ou de tenter d'obtenir, de faire obtenir ou de tenter de faire obtenir d'une personne publique, d'un organisme de protection sociale ou d'un organisme chargé d'une mission de service public une allocation, une prestation, un paiement ou un avantage indu. »*

Vos données personnelles sont traitées par l'ANGDM dans le cadre de ses missions et peuvent être transmises à ses partenaires. Au titre de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer auprès du Délégué à la protection des données de l'ANGDM, soit par voie postale à l'ANGDM 110 avenue de la fosse 23 CS 50019 - 62221 Noyelles sous Lens, soit par mail à [dpo@angdm.fr](mailto:dpo@angdm.fr).

Notre politique de protection des données est consultable à l'adresse suivante : <https://www.angdm.fr/Politique-de-protection-des-donnees-personnelles>.

Les prestations ASS sont accordées dans la limite des crédits disponibles et de l'évolution de la situation familiale.