

DEMANDE DE PRESTATION D'ACTION SANITAIRE ET SOCIALE

N° de dossier CASSIS* :		N° de dossier DUNE* :	
GIR du demandeur *		GIR du conjoint *	
Demande du* :			
Saisine vérifiée le :	<input type="checkbox"/> ASS Maladie <input type="checkbox"/> ASS Vieillesse	<input type="checkbox"/> AT/MP <input type="checkbox"/> 2.2B	

DEMANDEUR

Nom :	Prénom :
Né(e) le :	Nom de jeune fille :
Téléphone :	
Situation familiale :	Depuis le :
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 Régime Minier :	
Date d'embauche :	Date de cessation d'activité :
Ancienneté minière :	Ancienneté Can :
Autres régimes :	

CONJOINT

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 Régime Minier :	
Date d'embauche :	Date de cessation d'activité :
Ancienneté minier :	Ancienneté CANSSM :
Autres Régimes :	

Autres personnes hébergées par le demandeur titulaire du logement et rattachées fiscalement au foyer (préciser le lien de parenté)*		
Nom/prénom :	Né(e) le :	Parenté :
Nom/prénom :	Né(e) le :	Parenté :

RESSOURCES		
DEMANDEUR		
Revenu Brut Global	Année de ressources	Dépenses mensuelles accueil établissement
€		
CONJOINT		
Revenu Brut Global	Année de ressources	Dépenses mensuelles accueil établissement
€		

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"/> Petits travaux |
| <input type="checkbox"/> Portage repas | <input type="checkbox"/> Pédicurie |
| <input type="checkbox"/> Téléalarme | <input type="checkbox"/> Hébergement temporaire |
| <input type="checkbox"/> Accueil de jour | <input type="checkbox"/> Aide technique |
| <input type="checkbox"/> Aide au déménagement | <input type="checkbox"/> Dons aux centenaires |
| <input type="checkbox"/> Conseil en ergothérapie | <input type="checkbox"/> Aide financière caution EHPAD |
| <input type="checkbox"/> Aide au retour après hospitalisation | <input type="checkbox"/> Aide au maintien à domicile - soins palliatifs |
| <input type="checkbox"/> Aide aux aidants | <input type="checkbox"/> Participation financière pour l'achat de produits non pris en charge par l'assurance maladie |
| <input type="checkbox"/> Part. financière fourniture incontinence | |
| <input type="checkbox"/> Aide financière individuelle | <input type="checkbox"/> Aide à l'amélioration de l'habitat |
| <input type="checkbox"/> Aide au transport | <input type="checkbox"/> Frais cure thermale |
| <input type="checkbox"/> Garde à domicile | <input type="checkbox"/> Autres prestations |

Territoire*	
Nom de l'Assistant(e) Social Titulaire*	
Date de l'évaluation des besoins*	

* 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 (si non fourni)**

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.
- Autorise l'ANGDM à utiliser mon adresse mail pour me transmettre des informations et ses offres de services.

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
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.

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.