

## DEMANDE DE PRESTATION D'ACTION SANITAIRE ET SOCIALE

<i>Cadre réservé à l'administration – ne rien remplir</i>		
N° de dossier	N° matricule	
Saisine vérifiée le	ASS maladie	ASS vieillesse
Demande du	ATMP	2.2B
Territoire		
Nom de l'assistant(e) social(e) titulaire		
Date de l'évaluation des besoins		
GIR du demandeur	GIR du conjoint	

<b>DEMANDEUR</b>	
Nom :	Prénom :
Nom de jeune fille :	Né(e) le :
Situation familiale :	Depuis le :
Téléphone fixe :	Téléphone portable :
Adresse mail :	
Adresse de résidence :	
Nom-prénom d'une personne à contacter si besoin :	
Téléphone de la personne à contacter si souhaité :	
Adresse de correspondance si différente :	
Numéro de sécurité sociale :	
Affiliation à la sécurité sociale minière :      oui      non	
Si non, caisse de sécurité sociale :	
<i>Joindre un relevé de carrière</i>	
Adhésion Mutuelle :      oui      non	
Nom(s) de la (ou des) mutuelle(s) :	
Carrière professionnelle : <i>à ne remplir que si vous n'êtes pas affilié(e) au régime minier</i>	
Nombre de trimestres Régime minier :	Nombre de trimestres autres régimes : Quel(s) régimes(s) :
Etes-vous bénéficiaire de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) :      oui      non	
<i>Si oui, joindre une copie de la dernière notification APA</i>	

<b>CONJOINT</b>	
Nom :	Prénom :
Nom de jeune fille :	Né(e) le :
	Date de décès :
Adresse de résidence si différente :	
Téléphone fixe :	Téléphone portable :
Adresse mail :	
Numéro de sécurité sociale :	
Affiliation à la sécurité sociale minière :      oui      non	
Si non, caisse de sécurité sociale :	
<i>Joindre un relevé de carrière</i>	
Adhésion Mutuelle :      oui      non	
Nom(s) de la (ou des) mutuelle(s) <i>à ne remplir que si différente:</i>	
Carrière professionnelle : <i>à ne remplir que si vous n'êtes pas affilié(e) au régime minier</i>	
Nombre de trimestres Régime minier :	Nombre de trimestres autres régimes : Quel(s) régime(s) :
Etes-vous bénéficiaire de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) :      oui      non <i>Si oui, joindre une copie de la dernière notification APA</i>	

<b>AUTRES PERSONNES RATTACHEES FISCALEMENT AU FOYER (préciser le lien de parenté)</b>	
Nom :	Prénom :
Né(e) le :	Lien de parenté :
Nom :	Prénom :
Né(e) le :	Lien de parenté :

<b>RESSOURCES DEMANDEUR</b>		
Revenu Brut Global	Année de ressources	Dépenses mensuelles d'accueil en EHPAD/USLD/famille d'accueil agréée <i>Joindre une facture</i>

<b>DEMANDE DE PRESTATION(S) D'ACTION SANITAIRE ET SOCIALE*</b>	
Votre demande concerne (cochez la ou les cases correspondantes)	
Prestations <b>soumises</b> à une évaluation sociale**	Prestations <b>non soumises</b> à évaluation sociale
Aide-ménagère à domicile	Portage de repas
Téléalarme	Participation financière pour l'achat de fournitures pour incontinence
Accueil de jour	Aide au transport
Aide aux aidants	Petits travaux
Aide au retour à domicile après hospitalisation	Pédicurie
Garde à domicile	Aide technique
Hébergement temporaire	Frais d'hébergement et de transport liés à une cure thermique
Aide au déménagement	Aide au dépôt de garantie à l'entrée en EHPAD
Aide financière individuelle	Aide à l'amélioration de l'habitat
Conseil en ergothérapie	Aide financière non soumise à évaluation sociale (frais dentaires, auditifs, d'optique...)
Aide au maintien à domicile des personnes en soins palliatifs	Participation financière pour l'achat de produits non pris en charge par l'assurance maladie

\* Les conditions d'attribution de ces prestations sont définies dans le Règlement national d'action sanitaire et sociale. Les prestations d'ASS sont accordées dans la limite des crédits disponibles et de l'évolution de la situation familiale.

\*\*prendre contact avec l'ANGDM pour mise en relation avec le service social

**Pièces à joindre à la demande :**

- Notification APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie) délivrée par le Conseil Département si le demandeur ou son conjoint en est bénéficiaire
- Un relevé d'identité bancaire (si non fourni)

D'autres justificatifs peuvent vous être demandés ultérieurement

Je soussigné(e),

- Sollicite la participation financière de l'ANGDM pour les prestations référencées
- Certifie l'exactitude des renseignements mentionnés sur cette demande
- M'engage à signaler toute modification de ma situation familiale (mariage, veuvage, divorce...)
- M'engage à signaler toute modification de mes ressources et de mes charges liées à une admission en EHPAD ou USLD
- Atteste être informé(e) du possible partage d'informations au sein des différents services de l'Agence
- 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](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-desdonnees-personnelles>.