

et vous représente

au QUOTIDIEN

Votre contact : Service infos clients
081 32 07 05

Numéro national :
Numéro du dossier :
Référence à rappeler dans toute correspondance

Retrouvez l'espace UCM
le plus proche de chez vous sur UCM.be

Document à renvoyer à l'adresse cas@ucm.be ou
via votre [Espace client](#) ou à l'adresse suivante :

CAISSE D'ASSURANCES SOCIALES UCM
Chaussée de Marche 637
5100 Wierde

DEMANDE D'AIDE À LA MATERNITÉ POUR L'OBTENTION DE TITRES-SERVICES

Pour que votre demande soit prise en compte, il est obligatoire de compléter :

- vos coordonnées
- la demande d'aide à la maternité
- le formulaire d'inscription aux titres-services (même si vous êtes déjà utilisatrice des titres-services)

PARTIE 1 – VOS COORDONNÉES

Nom : Prénom :

N° de Registre national : (voir carte d'identité)

Numéro de dossier :

PARTIE 2 – DEMANDE D'AIDE À LA MATERNITÉ

Je déclare (*un seul choix possible*) :

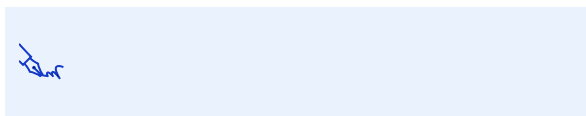
- Ne pas vouloir bénéficier de la prolongation de mon repos de maternité et demander l'octroi de 105 titres
- Vouloir bénéficier d'une semaine de prolongation de mon repos de maternité et demander l'octroi de 70 titres-services
- Vouloir bénéficier de deux semaines de prolongation de mon repos de maternité et demander l'octroi de 35 titres-services
- Vouloir bénéficier de trois semaines de prolongation de mon repos de maternité et renoncer aux titres-services
- Ne pas vouloir bénéficier de l'aide offerte (ni prolongation de mon repos de maternité, ni de titres-services)

Je précise que mon repos de maternité a débuté le :/...../.....

Attention : Si votre repos de maternité a **débuté avant le 1^{er} juillet 2026**, vous ne pouvez bénéficier que de l'option 1 ou 5.

Fait à, le/...../.....

Signature :



**Formulaire d'inscription aux Titres-Services**

- Aide à la maternité pour les mères indépendantes -

A renvoyer à votre caisse d'assurances sociales

Veuillez remplir tous les champs afin que votre inscription soit prise en compte.

Nom: _____

Prénom: _____

Date de naissance: ____/____/____

NISS*: _____ (Mention obligatoire)

Adresse reprise au registre de la population:

Code postal: _____

(adresse carte d'identité, maximum 40 caractères)

Localité: _____

N° de téléphone: _____

N° de compte bancaire (IBAN)

N° de GSM: _____

Adresse e-mail: _____

Code banque (BIC) _____

Régime linguistique: FR NL Je souhaite faire usage des titres-services électroniques Je souhaite faire usage des titres-services papier**Données de la caisse d'assurances sociales:**

Adresse de livraison (si différente de celle indiquée ci-dessus):

Nom et adresse: _____

Adresse: _____

Code postal et localité: _____

N° de téléphone: _____

Référence: _____

Date:
____/____/____

Signature**:

(*) Numéro d'identification du Registre national : verso de la carte d'identité.

(**) Le signataire s'engage à respecter les conditions d'utilisation du dispositif (A.R. du 12/12/2001 concernant les titres-services)

Vos déclarations sont traitées et conservées dans des fichiers informatiques. Elles donnent lieu au droit d'accès et de rectification prévu par la loi du 8/12/1992 relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel. Vous pouvez obtenir plus d'informations à ce sujet auprès du registre public (Commission de la Protection de la Vie Privée, Rue de la Presse, 35 à 1000 Bruxelles, commission@privacycommission.be).