UCM vous ACCOMPAGNE
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 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
- la déclaration de reprise d'activité
- 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 :

☐ Vouloir bénéficier de l'aide à la maternité (105 titres services gratuits)
☐ Ne pas souhaiter bénéficier de l'aide offerte.

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

PARTIE 3 – DÉCLARATION DE REPRISE D'ACTIVITÉ

Vous devez impérativement compléter la date de reprise d'activité et ce, même si nous n'avez pas encore repris.

Je déclare :

☐ Reprendre, après mon congé de maternité, mon activité professionnelle dans le régime indépendant
à partir du ……/……/……

☐ Reprendre, après mon congé de maternité, une activité professionnelle dans le régime :……
à partir du ……/……/……
(*Veuillez joindre à la présente une copie de votre contrat de travail ou de votre engagement sous statut*)

☐ Cesser définitivement toute activité indépendante au ……/……/…… (preuve à l'appui).

☐ Autre statut : ……

Fait à …… , le ……/……/……

Signature :

DIENSTENCHEQUES

pluxee

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:

_____
(adresse carte d'identité, maximum 40 caractères)

Code postal: _____

Localité: _____

N° de téléphone: _____

N° de GSM: _____

Adresse e-mail: _____

N° de compte bancaire (IBAN)

__ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __

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:

Nom et adresse: _____

_____

N° de téléphone: _____

Référence: _____

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

Adresse: _____

Code postal et localité: _____

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).

Pluxee Belgium NV
Departement Dienstencheques van het Vlaamse Gewest
Ravensteinstraat 36, 1000 Brussel
dienstencheques.vlaanderen.be