

et vous représente

au QUOTIDIEN

Votre contact : Service infos clients
081 32 07 05

Document à renvoyer à l'adresse cas@ucm.be
ou à l'adresse suivante :

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

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

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

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 :



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 ☐ DE

☐ 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: _____

N° de téléphone: _____

Code postal et localité: _____

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).

En signant ce document, j'ai lu et j'accepte les modalités d'utilisation des titres-services (commande et utilisation des titres auprès d'entreprises agréées) que je m'engage à respecter.

Vos déclarations sont traitées et conservées dans des fichiers informatiques et ne seront utilisées que dans le cadre du marché des titres-services. Elles donnent lieu au droit d'accès et de rectification prévu par la Loi du 08/12/1992 relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel. Ces données peuvent également être utilisées par les inspecteurs sociaux des trois régions vis-à-vis desquels vous vous engagez à répondre. Vous pouvez obtenir plus d'informations à ce sujet auprès de Sodexo.