

Votre contact : Service infos clients  
081 32 07 05

Document à renvoyer à l'adresse [cas@ucm.be](mailto: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](http://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'aviez 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:**

(adresse carte d'identité, maximum 40 caractères)

**Code postal:** \_\_\_\_\_**N° de téléphone:** \_\_\_\_\_**Localité:** \_\_\_\_\_**N° de GSM:** \_\_\_\_\_**N° de compte bancaire (IBAN)****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:**

Nom et adresse: \_\_\_\_\_

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

N° de téléphone: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Référence: \_\_\_\_\_

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).

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.