acerta

WEBDOC

FORMULAIRE DE DEMANDE DE CONGÉ DE PATERNITÉ ET DE NAISSANCE

article 18bis, § 5, de l'AR n° 38

SU97100.01

FORMULAIRE À RENVOYER PAR RECOMMANDÉ À :
ACERTA CAS, Chaussée de Liège 140-142, B-5100 Namur-Jambes

1. DONNÉES RELATIVES AU DEMANDEUR

Nom :

Prénom :

Numéro de registre national : (voir le verso de votre carte d'identité)

Si vous ne connaissez pas votre numéro de registre national :

Date de naissance :

Code postal :

2. DONNÉES RELATIVES Á L'ENFANT [1]

Par la présente, je demande une allocation en raison de la naissance de

enfant 1 (nom + prénom) né le

enfant 2 (nom + prénom) né le

Indiquez ce qui s'applique ici :

- ☐ Je suis le père ou la comère de l'enfant susmentionné *(**attention** : vous pouvez uniquement cocher cette option si une filiation légale est établie entre l'enfant et vous)*.
- ☐ Je suis le coparent de l'enfant susmentionné et aucun(e) père ou comère légal(e) n'est connu(e).
  - ☐ Je cohabite avec la mère de l'enfant avec qui j'ai effectué une déclaration de cohabitation légale auprès de la commune. Il n'existe aucun lien de parenté entre la mère de l'enfant et moi qui mènerait à une interdiction de mariage à laquelle le Roi ne peut pas déroger.
  - ☐ Je cohabite de fait depuis au moins trois ans avant la date de naissance de l'enfant susmentionné avec la mère de l'enfant. Il n'existe aucun lien de parenté entre la mère de l'enfant et moi qui mènerait à une interdiction de mariage à laquelle le Roi ne peut pas déroger.

Si Acerta ne dispose pas d'une preuve de la naissance, nous vous demanderons un acte de naissance.

[1] S'il s'agit d'une naissance multiple, « l'enfant » doit être lu partout comme « les enfants ».

3. DONNÉES RELATIVES Á L'INTERRUPTION DE VOTRE ACTIVITÉ

Il doit s'agir d'une *interruption temporaire de votre activité* et *non d'une cessation officielle* de votre activité indépendante.

Si votre enfant est né le 1er janvier 2023 ou après cette date, il a droit à une prestation pendant 20 jours (ou 40 demi-journées) au maximum.
Pour les naissances avant le 1er janvier 2023, vous avez droit à des prestations pendant 15 jours (ou 30 demi-journées) au maximum.

A. Allocation

☐ J'interromps mon activité les jours suivants :
(Mentionnez la date et indiquez s'il s'agit d'un demi-jour ou d'un jour complet)

	--		--
	--		--
	--		--
	--		--
	--		--
	--		--
	--		--
	--		--
	--		--
	--		--
	--		--
	--		--
	--		--
	--		--
	--		--
	--		--
	--		--
	--		--
	--		--
	--		--

B. Titres-services

Vous avez droit à 15 titres-services si je **demande au maximum 8 jours complets ou 16 demi-jours** d'allocation. En cas d'une demande pour une interruption plus longue (respectivement à partir de 9 jours complets ou 17 demi-jours), je n'ai **pas droit** aux titres-services.

Vous désirez recevoir les 15 titres-services ? OUI ☐ NON ☐

Si vous désirez recevoir les 15 titres-services, vous les commander vous-même directement en votre nom à la société Pluxee. Vous n'êtes pas encore inscrit gratuitement comme utilisateur de titres-services ? En fonction de la Région dans laquelle vous êtes domicilié, choisissez parmi les sites régionaux suivants :

dienstencheques-vlaanderen.be
dienstencheque.brussels
wallonie-titres-services.be

Après avoir reçu les titres-services, vous pouvez demander un remboursement à Acerta.

Important : ajouter la preuve de paiement des 15 titres-services dans votre demande.

Si vous êtes également salarié ou fonctionnaire :

☐ J'ai droit au congé de paternité ou de naissance sur base de mon activité salariée ou sur base de mon activité comme fonctionnaire.

☐ Je n'ai pas de droit au congé de paternité ou de naissance sur base de mon activité salariée ou sur base de mon activité comme fonctionnaire *(merci de joindre une attestation de laquelle il ressort que vous n'ouvrez pas de droit)*.

4. DONNÉES RELATIVES AU PAIEMENT DE L'ALLOCATION

Mentionnez le numéro de compte IBAN sur lequel l'allocation doit être payée :

IBAN BE

Au nom de

5. SIGNATURE DU DEMANDEUR

Je déclare que toutes les données de ce formulaire sont exactes et que j'ai pris connaissance de toutes les informations jointes.

Je sais que ma demande ne peut pas être traitée sans les pièces justificatives demandées.

Je m'engage à communiquer par écrit toute modification de ces données à ma caisse d'assurances sociales dans les 15 jours.

Je sais que toute déclaration incomplète ou erronée peut entraîner le recouvrement des allocations payées à tort ainsi que des poursuites judiciaires.

Nom:

Prénom:

Date:

Signature: Vous pouvez signer ce document électroniquement

.....