

D. Avez-vous obtenu le paiement anticipé de l'allocation de naissance? OUI / NON

Si OUI, montant reçu _____ EUR. Dénomination, adresse et références de l'organisme payeur:

E.

Renseignements relatifs	Au père	A la mère
Nom (en caractère d'imprimerie)		
Prénom		
Date de naissance		
N° National		
Nationalité		
Exerce-t-il (elle) une profession de non-salarié?	OUI / NON	OUI / NON
Si OUI, laquelle?		
Depuis le		
Exerce-t-il (elle) une profession de salarié?	OUI / NON	OUI / NON
Depuis le		
Est-il(elle) salarié(e) en incapacité de travail ou accidenté de travail?	OUI / NON	OUI / NON
Si OUI, depuis le		
Est-il(elle) pensionné(e) au titre de salarié(e) ?	OUI / NON	OUI / NON
Est-il(elle) pensionné(e) au titre d'indépendant(e) ?	OUI / NON	OUI / NON
Est-il(elle) chômeur(euse)?	OUI / NON	OUI / NON

F. Aide à la maternité

Désirez-vous bénéficier de titres-services dans le cadre de l'aide à la maternité ? OUI / NON (*)

G. Déclaration à signer par le demandeur

Je sais que des déclarations fausses ou inexactes peuvent entraîner des poursuites judiciaires, sans préjudice des sanctions prévues par la législation relative aux allocations familiales.

J'affirme sur l'honneur que la présente déclaration est sincère et complète.

A _____, le _____

Signature

(*) uniquement pour la mère travailleuse indépendante affiliée auprès de notre organisme, et sous certaines conditions d'assujettissement.

Nous traiterons les données que nous vous demandons dans ce document en conformité avec la Loi du 8/12/1992 sur la protection de la vie privée, tel que décrit dans votre contrat d'affiliation.

