

Formulaire de demande d'allocation de paternité et de naissance ARTICLE 18BIS, § 5, DE L'AR NR°38 DU 27/7/1967

1 Données du demandeur

Nom _____ Prénom _____

Numéro de registre national (Voir l'arrière de votre carte d'identité) _____

2 Données de l'enfant¹

Je demande une allocation de paternité et de naissance suite à la naissance de

Enfant 1 (nom+ prénom) _____ né le _____

Enfant 2 (nom+ prénom) _____ né le _____

Cochez la case qui vous concerne

Je suis le père ou la co-mère de l'enfant susmentionné (**ATTENTION** : vous ne pouvez cocher cette option que s'il existe un lien de filiation légal entre vous et l'enfant).

Je suis le co-parent de l'enfant susmentionné et il n'y a pas de père ou de co-mère légalement connu(e).

Je vis avec la mère de l'enfant, avec laquelle j'ai signé un contrat de cohabitation légale à la commune. Il n'y a pas entre la mère et moi de lien du sang qui empêche le mariage et pour lequel le Roi ne peut accorder de dérogation.

Je suis le cohabitant de fait de la mère de l'enfant depuis au moins trois ans précédant la naissance de l'enfant. Il n'y a pas entre la mère et moi de lien du sang qui empêche le mariage et pour lequel le Roi ne peut accorder de dérogation.

3 Données sur (l'interruption de) votre activité

Il doit s'agir d'une interruption temporaire de votre activité, pas d'une cessation officielle de votre activité indépendante. Vous pouvez prendre maximum 20 jours complets ou 40 demi-jours (ou une combinaison des deux).

J'interromps durant les jours suivants: (indiquez la date et s'il s'agit d'un jour complet ou d'un demi jour.)

| Date | Jour complet | Matin | Après-midi | Date | Jour complet | Matin | Après-midi |
|-------------|--------------|-------|------------|-------------|--------------|-------|------------|
| ___/___/___ | | | | ___/___/___ | | | |
| ___/___/___ | | | | ___/___/___ | | | |
| ___/___/___ | | | | ___/___/___ | | | |
| ___/___/___ | | | | ___/___/___ | | | |
| ___/___/___ | | | | ___/___/___ | | | |
| ___/___/___ | | | | ___/___/___ | | | |
| ___/___/___ | | | | ___/___/___ | | | |
| ___/___/___ | | | | ___/___/___ | | | |
| ___/___/___ | | | | ___/___/___ | | | |
| ___/___/___ | | | | ___/___/___ | | | |
| ___/___/___ | | | | ___/___/___ | | | |
| ___/___/___ | | | | ___/___/___ | | | |
| ___/___/___ | | | | ___/___/___ | | | |
| ___/___/___ | | | | ___/___/___ | | | |

¹ S'il s'agit d'une naissance multiple, le terme "enfant" doit être lu partout comme étant "les enfants".

| Date | Jour complet | Matin | Après-midi | Date | Jour complet | Matin | Après-midi |
|-------------|--------------|-------|------------|-------------|--------------|-------|------------|
| ___/___/___ | | | | ___/___/___ | | | |
| ___/___/___ | | | | ___/___/___ | | | |
| ___/___/___ | | | | ___/___/___ | | | |
| ___/___/___ | | | | ___/___/___ | | | |
| ___/___/___ | | | | ___/___/___ | | | |
| ___/___/___ | | | | ___/___/___ | | | |

Je voudrais recevoir l'aide à la naissance (135 euros pour une aide-ménagère).

*(ATTENTION : vous ne pouvez bénéficier de l'aide à la naissance que si vous demandez l'allocation de paternité et de naissance pour **maximum 8 jours complets ou maximum 16 demi-jours**. Si vous ne demandez pas d'allocation ou que vous demandez une allocation pour plus de jours (pour minimum 9 jours ou 17 demi-jours), vous n'avez **pas droit** à l'aide à la naissance.)*

Non Oui

Si vous souhaitez bénéficier de l'aide à la naissance, vous devez envoyer la preuve de paiement des frais pour l'aide-ménagère réalisés par vous-même ou un membre de votre ménage.

Exercez vous une activité salariée ou une activité de fonctionnaire le jour de la naissance (quelle qu'en soit l'ampleur) ?

Oui et j'ai droit au congé de paternité ou de naissance sur base de mon activité salariée ou sur base de mon activité comme fonctionnaire.

Oui, mais 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*).

Non

4 Données sur le 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 avoir complété correctement ce formulaire et avoir lu les informations.
- Je suis au courant du fait que ma demande ne peut pas être traitée sans les pièces justificatives demandées.
- Je m'engage à signaler dans les quinze jours à ma caisse d'assurances sociales toute modification dans les renseignements mentionnés ci-dessus.
- Je suis au courant du fait que chaque déclaration fautive ou incomplète peut entraîner la récupération des prestations indûment versées et des poursuites judiciaires.

Nom _____

Prénom _____

Date _____

Signature