



N° d'affiliation :
N.I.S.S. :
Nom - prénom :

DEMANDE D'ALLOCATIONS DE MATERNITE DES TRAVAILLEUSES INDEPENDANTES

DECLARATION DE MATERNITE

Vous trouverez, ci-joint, une déclaration de mon médecin traitant mentionnant la date présumée de mon accouchement : (confirmez ici la date présumée de l'accouchement) et précisant qu'il s'agit / ne s'agit pas (biffez ce qui ne convient pas) d'une naissance multiple.

Date de naissance de mon enfant :
(Je joins à ma demande un extrait d'acte de naissance).

PERIODE DE REPOS DE MATERNITE OBLIGATOIRE

Sur la base de ma date présumée d'accouchement,

- ma période obligatoire de repos de maternité commence le :
(indiquez ici la date qui précède de 7 jours la date présumée de l'accouchement) ;
- ma période obligatoire de repos de maternité se termine le :
(indiquez ici la date = le quatorzième jour, à compter de la date présumée de l'accouchement).

Hospitalisation enfant

Mon enfant est hospitalisé :

- Oui, depuis le jusqu'au
(Complétez le document - annexe 7 et joignez-le à cette déclaration.)
- Non.

NISS :

PERIODE DE REPOS PRENATAL FACULTATIF

(Cochez ce qui vous concerne)

- Je NE prends PAS de repos prénatal facultatif.** *(Complétez le document « PERIODE DE REPOS DE MATERNITE FACULTATIF - annexe 1 » et joignez-le à cette déclaration)*
- Je prends une semaine de repos prénatal facultatif** qui précède immédiatement la date de début de ma période de repos de maternité obligatoire. Pendant cette semaine :
- je n'exerce aucune activité. *(Complétez le document « PERIODE DE REPOS DE MATERNITE FACULTATIF - annexe 2 » et joignez-le à cette déclaration)*
 - j'exerce à mi-temps mes activités normales en tant que travailleuse indépendante et je n'exerce aucune autre activité professionnelle. *(Complétez le document « PERIODE DE REPOS DE MATERNITE FACULTATIF - annexe 3 » et joignez-le à cette déclaration)*
- Je prends deux semaines de repos prénatal facultatif** qui précèdent immédiatement la date de début de ma période de repos de maternité obligatoire.
- La première semaine, j'exerce à mi-temps mes activités normales en tant que travailleuse indépendante et je n'exerce aucune autre activité professionnelle. La deuxième semaine, je cesse complètement mes activités. *(Complétez le document « PERIODE DE REPOS DE MATERNITE FACULTATIF - annexe 4 » et joignez-le à cette déclaration)*
 - La première semaine, je cesse complètement mes activités. La deuxième semaine, j'exerce à mi-temps mes activités normales en tant que travailleuse indépendante et je n'exerce aucune autre activité professionnelle. *(Complétez le document « PERIODE DE REPOS DE MATERNITE FACULTATIF - annexe 4 » et joignez-le à cette déclaration)*
 - Les deux semaines, j'exerce à mi-temps mes activités normales en tant que travailleuse indépendante et je n'exerce aucune autre activité professionnelle. *(Complétez le document « PERIODE DE REPOS DE MATERNITE FACULTATIF - annexe 5 » et joignez-le à cette déclaration)*
 - Les deux semaines, je cesse complètement mes activités. *(Complétez le document « PERIODE DE REPOS DE MATERNITE FACULTATIF - annexe 6 » et joignez-le à cette déclaration)*

Vous optez pour une ou plusieurs semaines à mi-temps pendant votre congé de maternité ? Alors, nous vous conseillons de choisir au moins 2 semaines à mi-temps. De cette façon, vous pouvez vous assurer de faire pleinement usage de votre droit à des indemnités majorées pendant les 4 premières semaines de votre congé de maternité.

Veillez nous renvoyer avec votre demande uniquement l'annexe complétée.

Je souhaite que mes indemnités de maternité soient versées :

sur mon compte financier :/...../.....

sur le compte financier :/...../.....

de Monsieur/Madame

Fait à, le

Signature de la titulaire en congé de maternité :

NISS :

Dispositions légales pour repos de maternité

La période de repos de maternité est une période de repos de douze semaines au cours de laquelle la titulaire ne peut exercer ni son activité professionnelle habituelle, ni aucune autre activité professionnelle (art. 93).

Cette période de repos de maternité se compose d'une période obligatoire et d'une période facultative.

La période obligatoire se compose d'un total de trois semaines :

- une semaine de repos prénatal obligatoire :

début à partir du septième jour qui précède la date présumée de l'accouchement (art. 93).

- deux semaines de repos postnatal obligatoire :

prennent cours le jour de l'accouchement et s'étendent à une période égale à deux semaines (art. 93).

Pendant ces trois semaines, vous devez arrêter toutes les activités totalement.

La période facultative se compose de :

neuf semaines au choix par tranche de 7 jours calendrier :

qui s'étendent au plus tôt à partir de la troisième semaine qui précède la date présumée de l'accouchement, jusqu'au septième jour qui précède la date présumée de l'accouchement (art. 93) et dans les 38 semaines à partir de la date de l'accouchement (après la période de repos obligatoire).

La titulaire peut, pendant la période facultative, exercer son activité professionnelle habituelle à mi-temps, par périodes de sept jours calendrier. Dans ce cas, la période facultative comporte au maximum dix-huit semaines de repos de maternité à mi-temps (art. 93).

L'allocation forfaitaire accordée par la mutualité couvre une interruption de toutes les activités professionnelles durant une période de 3 à 12 semaines, au choix de l'affiliée.

Les trois semaines de repos obligatoire se composent de la semaine qui précède directement le jour de la naissance et de deux semaines qui le suivent.

En cas de naissances multiples, une indemnité complémentaire sera octroyée pour une 13e semaine qui précède la date de l'accouchement.

Cette demande doit nous être renvoyée, dûment remplie, accompagnée de l'extrait d'acte de naissance.

Un premier paiement, couvrant les trois semaines de repos obligatoire, interviendra dès réception de la demande et à condition d'être en ordre de cotisations vis-à-vis de sa caisse d'assurances sociales. Le paiement des semaines facultatives sera effectué mensuellement pour les semaines de repos de maternité déjà prises au moment du paiement. Le dernier paiement est effectué à la réception de la confirmation écrite de la date de reprise définitive.

NISS :



N° d'affiliation :
N.I.S.S. :
Nom - prénom :

PÉRIODE DE REPOS DE MATERNITÉ FACULTATIF - ANNEXE 1

(Cochez ce qui vous concerne)

Je NE prends PAS de repos postnatal facultatif. *(Signez cette annexe au verso)*

OU

Il ne s'agit pas d'une naissance multiple et je prends du repos postnatal facultatif.

Je prends au maximum 9 semaines de repos de maternité facultatif au cours desquelles je cesse complètement mes activités. *(Complétez le tableau ci-dessous et signez au verso)*

Je recours à la possibilité de convertir, au minimum, une semaine de repos de maternité facultatif en maximum 2 semaines au cours desquelles j'exerce à mi-temps mes activités normales en tant que travailleuse indépendante. Je peux le faire pour chacune des 9 semaines prévues, de telle sorte que je puisse prendre au maximum 18 semaines de repos de maternité facultatif, au cours desquelles j'exerce à mi-temps mes activités normales en tant que travailleuse indépendante. *(Complétez le tableau au verso et signez)*

OU

Il s'agit d'une naissance multiple et je prends du repos postnatal facultatif.

Je prends au maximum 10 semaines de repos de maternité facultatif au cours desquelles je cesse complètement mes activités. *(Complétez le tableau ci-dessous et signez au verso)*

Je recours à la possibilité de convertir au minimum une semaine de repos de maternité facultatif en maximum 2 semaines au cours desquelles j'exerce à mi-temps mes activités normales en tant que travailleuse indépendante. Je peux le faire pour chacune des 10 semaines prévues, de telle sorte que je puisse prendre au maximum 20 semaines de repos de maternité facultatif, au cours desquelles j'exerce à mi-temps mes activités normales en tant que travailleuse indépendante. *(Complétez le tableau au verso et signez)*

Je prends les semaines suivantes (en les répartissant) sur une période de 38 semaines qui commence à la date de l'accouchement. **Pendant ces semaines, je cesse complètement mes activités :**

Semaine 1 : du.....au.....	Semaine 6 : du.....au.....
Semaine 2 : du.....au.....	Semaine 7 : du.....au.....
Semaine 3 : du.....au.....	Semaine 8 : du.....au.....
Semaine 4 : du.....au.....	Semaine 9 : du.....au.....
Semaine 5 : du.....au.....	Semaine 10 : (uniquement en cas de naissance multiple) : du.....au.....

NISS :

Je prends les semaines suivantes (en les répartissant) sur une période de 38 semaines qui commence à la

date de l'accouchement. Au cours d'une de ces semaines au minimum, j'exerce à mi-temps mes activités normales en tant que travailleuse indépendante :			
	Total*		Total *
Semaine 1 : du.....au..... Mi-temps / temps plein		Semaine 11 : du.....au..... Mi-temps / temps plein	
Semaine 2 : du.....au..... Mi-temps / temps plein		Semaine 12 : du.....au..... Mi-temps / temps plein	
Semaine 3 : du.....au..... Mi-temps / temps plein		Semaine 13 : du.....au..... Mi-temps / temps plein	
Semaine 4 : du.....au..... Mi-temps / temps plein		Semaine 14 : du.....au..... Mi-temps / temps plein	
Semaine 5 : du.....au..... Mi-temps / temps plein		Semaine 15 : du.....au..... Mi-temps / temps plein	
Semaine 6 : du.....au..... Mi-temps / temps plein		Semaine 16 : du.....au..... Mi-temps / temps plein	
Semaine 7 : du.....au..... Mi-temps / temps plein		Semaine 17 : du.....au..... Mi-temps / temps plein	
Semaine 8 : du.....au..... Mi-temps / temps plein		Semaine 18 : du.....au..... Mi-temps / temps plein	
Semaine 9 : du.....au..... Mi-temps / temps plein		Semaine 19 : (uniquement en cas de naissance multiple) du.....au..... Mi-temps / temps plein	
Semaine 10 : du.....au..... Mi-temps / temps plein		Semaine 20 : (uniquement en cas de naissance multiple) du.....au..... Mi-temps / temps plein	

* *Additionnez dans cette colonne le nombre de semaines indiquées :*

- *une semaine à temps plein compte pour 1, une semaine à mi-temps pour 0,5*
- *le total ne peut jamais dépasser 9 (10 en cas de naissance multiple).*

Par la présente, je déclare à nouveau explicitement qu'en choisissant des semaines de repos complet, je cesserai COMPLÈTEMENT TOUTES mes activités et qu'en choisissant des semaines à mi-temps, j'exercerai AU MAXIMUM à mi-temps mes activités normales en tant que travailleuse indépendante et que je n'exercerai aucune autre activité professionnelle.

Je m'engage à fournir au plus vite à ma mutualité l'extrait d'acte de naissance (ou un certificat médical qui confirme l'accouchement).

Remarque : si les semaines programmées, sur la base de la date de naissance, ne sont légalement pas applicables (accouchement prématuré ou tardif), la mutualité prendra contact avec vous.

J'avertirai au préalable ma mutualité de tout changement intervenant dans le calendrier que j'ai rempli.

Date :

Signature :

NISS : – Annexe 1



N° d'affiliation :
N.I.S.S. :
Nom - prénom :

PÉRIODE DE REPOS DE MATERNITÉ FACULTATIF - ANNEXE 2

(Cochez ce qui vous concerne)

Je NE prends PAS de repos postnatal facultatif. (Indiquez à la première ligne du tableau ci-dessous la période au cours de laquelle vous avez pris votre repos prénatal facultatif et signez au verso)

OU

Il ne s'agit pas d'une naissance multiple et je prends du repos postnatal facultatif.

Je prends au maximum 9 semaines de repos de maternité facultatif (repos prénatal et repos postnatal ensemble) au cours desquelles je cesse complètement mes activités. (Complétez le tableau ci-dessous et signez au verso)

Je recours à la possibilité de convertir, au minimum, une semaine de repos postnatal facultatif en maximum 2 semaines au cours desquelles j'exerce à mi-temps mes activités normales en tant que travailleuse indépendante. Je peux le faire pour chacune des 9 semaines prévues, de telle sorte que je puisse prendre au maximum 18 semaines de repos de maternité facultatif (repos prénatal et repos postnatal ensemble) au cours desquelles j'exerce à mi-temps mes activités normales en tant que travailleuse indépendante. (Complétez le tableau au verso et signez)

OU

Il s'agit d'une naissance multiple et je prends du repos postnatal facultatif.

Je prends au maximum 10 semaines de repos de maternité facultatif (repos prénatal et repos postnatal ensemble) au cours desquelles je cesse complètement mes activités. (Complétez le tableau ci-dessous et signez au verso)

Je recours à la possibilité de convertir au minimum une semaine de repos de maternité facultatif en maximum 2 semaines au cours desquelles j'exerce à mi-temps mes activités normales en tant que travailleuse indépendante. Je peux le faire pour chacune des 10 semaines prévues, de telle sorte que je puisse prendre au maximum 20 semaines de repos de maternité facultatif (repos prénatal et repos postnatal ensemble) au cours desquelles j'exerce à mi-temps mes activités normales en tant que travailleuse indépendante. (Complétez le tableau au verso et signez)

Semaine 1 , qui précède immédiatement la date de début de ma période de repos de maternité obligatoire au cours de laquelle je cesse complètement mes activités : du.....au.....	
Je prends les semaines suivantes (en les répartissant) sur une période de 38 semaines qui commence à la date de l'accouchement. Pendant ces semaines, je cesse complètement mes activités :	
Semaine 2 : du.....au.....	Semaine 7 : du.....au.....
Semaine 3 : du.....au.....	Semaine 8 : du.....au.....
Semaine 4 : du.....au.....	Semaine 9 : du.....au.....
Semaine 5 : du.....au.....	Semaine 10 : (uniquement en cas de naissance multiple) du.....au.....
Semaine 6 : du.....au.....	

NISS :

	Total *
--	----------------

Semaine 1 , qui précède immédiatement la date de début de ma période de repos de maternité obligatoire au cours de laquelle je cesse complètement mes activités : du.....au.....		1
Je prends les semaines suivantes (en les répartissant) sur une période de 38 semaines qui commence à la date de l'accouchement. Au cours d'une de ces semaines au minimum, j'exerce à mi-temps mes activités normales en tant que travailleuse indépendante :		
	Total*	Total *
Semaine 2 : du.....au..... Mi-temps / temps plein		Semaine 11 : du.....au..... Mi-temps / temps plein
Semaine 3 : du.....au..... Mi-temps / temps plein		Semaine 12 : du.....au..... Mi-temps / temps plein
Semaine 4 : du.....au..... Mi-temps / temps plein		Semaine 13 : du.....au..... Mi-temps / temps plein
Semaine 5 : du.....au..... Mi-temps / temps plein		Semaine 14 : du.....au..... Mi-temps / temps plein
Semaine 6 : du.....au..... Mi-temps / temps plein		Semaine 15 : du.....au..... Mi-temps / temps plein
Semaine 7 : du.....au..... Mi-temps / temps plein		Semaine 16 : du.....au..... Mi-temps / temps plein
Semaine 8 : du.....au..... Mi-temps / temps plein		Semaine 17 : du.....au..... Mi-temps / temps plein
Semaine 9 : du.....au..... Mi-temps / temps plein		Semaine 18 : (uniquement en cas de naissance multiple) du.....au..... Mi-temps / temps plein
Semaine 10 : du.....au..... Mi-temps / temps plein		Semaine 19 : (uniquement en cas de naissance multiple) du.....au..... Mi-temps / temps plein

* Additionnez dans cette colonne le nombre de semaines indiquées :

- une semaine à temps plein compte pour 1, une semaine à mi-temps pour 0,5
- le total ne peut jamais dépasser 9 (10 en cas de naissance multiple).
N'oubliez pas de compter aussi le nombre indiqué en gras à la première ligne (repos prénatal facultatif) !

Par la présente, je déclare à nouveau explicitement qu'en choisissant des semaines de repos complet, je cesserai COMPLETEMENT TOUTES mes activités et qu'en choisissant des semaines à mi-temps, j'exercerai AU MAXIMUM à mi-temps mes activités normales en tant que travailleuse indépendante et que je n'exercerai aucune autre activité professionnelle.

Je m'engage à fournir au plus vite à ma mutualité l'extrait d'acte de naissance (ou un certificat médical qui confirme l'accouchement).

Remarque : si les semaines programmées, sur la base de la date de naissance, ne sont légalement pas applicables (accouchement prématuré ou tardif), la mutualité prendra contact avec vous.

J'avertirai au préalable ma mutualité de tout changement intervenant dans le calendrier que j'ai rempli.

Date :

Signature :

NISS : – Annexe 2



N° d'affiliation :
N.I.S.S. :
Nom - prénom :

PÉRIODE DE REPOS DE MATERNITÉ FACULTATIF - ANNEXE 3

(Cochez ce qui vous concerne)

- Je NE prends PAS de repos postnatal facultatif.** *(Indiquez à la première ligne du tableau au verso la période au cours de laquelle vous avez pris votre repos prénatal facultatif et signez)*

OU

- Il ne s'agit pas d'une naissance multiple et je prends du repos postnatal facultatif.**
Au total, mon repos de maternité facultatif (repos prénatal et repos postnatal ensemble) peut durer 9 semaines au maximum au cours desquelles je cesse complètement mes activités. Chacune de ces semaines peut être convertie en maximum 2 semaines au cours desquelles j'exerce à mi-temps mes activités normales en tant que travailleuse indépendante, pour ainsi arriver à un maximum de 18 semaines. *(Complétez le tableau au verso et signez)*

OU

- Il s'agit d'une naissance multiple et je prends du repos postnatal facultatif.**
Au total, mon repos de maternité facultatif (repos prénatal et repos postnatal ensemble) peut durer 10 semaines au maximum au cours desquelles je cesse complètement mes activités. Chacune de ces semaines peut être convertie en maximum 2 semaines au cours desquelles j'exerce à mi-temps mes activités normales en tant que travailleuse indépendante, pour ainsi arriver à un maximum de 20 semaines. *(Complétez le tableau au verso et signez)*

NISS :

Semaine 1 , qui précède immédiatement la date de début de ma période de repos de maternité obligatoire au cours de laquelle je poursuis à mi-temps mes activités normales en tant que travailleuse indépendante : du.....au.....		Total *
		0,5
Je prends les semaines suivantes (en les répartissant) sur une période de 38 semaines qui commence à la date de l'accouchement :		
	Total*	Total *
Semaine 2 : du.....au..... Mi-temps / temps plein		Semaine 12 : du.....au..... Mi-temps / temps plein
Semaine 3 : du.....au..... Mi-temps / temps plein		Semaine 13 : du.....au..... Mi-temps / temps plein
Semaine 4 : du.....au..... Mi-temps / temps plein		Semaine 14 : du.....au..... Mi-temps / temps plein
Semaine 5 : du.....au..... Mi-temps / temps plein		Semaine 15 : du.....au..... Mi-temps / temps plein
Semaine 6 : du.....au..... Mi-temps / temps plein		Semaine 16 : du.....au..... Mi-temps / temps plein
Semaine 7 : du.....au..... Mi-temps / temps plein		Semaine 17 : du.....au..... Mi-temps / temps plein
Semaine 8 : du.....au..... Mi-temps / temps plein		Semaine 18 : du.....au..... Mi-temps / temps plein
Semaine 9 : du.....au..... Mi-temps / temps plein		Semaine 19 : (uniquement en cas de naissance multiple) du.....au..... Mi-temps / temps plein
Semaine 10 : du.....au..... Mi-temps / temps plein		Semaine 20 : (uniquement en cas de naissance multiple) du.....au..... Mi-temps / temps plein
Semaine 11 : du.....au..... Mi-temps / temps plein		

* Additionnez dans cette colonne le nombre de semaines indiquées :

- une semaine à temps plein compte pour 1, une semaine à mi-temps pour 0,5
- le total ne peut jamais dépasser 9 (10 en cas de naissance multiple).
N'oubliez pas de compter aussi le nombre indiqué en gras à la première ligne (repos prénatal facultatif) !

Par la présente, je déclare à nouveau explicitement qu'en choisissant des semaines de repos complet, je cesserai COMPLETEMENT TOUTES mes activités et qu'en choisissant des semaines à mi-temps, j'exercerai AU MAXIMUM à mi-temps mes activités normales en tant que travailleuse indépendante et que je n'exercerai aucune autre activité professionnelle.

Je m'engage à fournir au plus vite à ma mutualité l'extrait d'acte de naissance (ou un certificat médical qui confirme l'accouchement).

Remarque : si les semaines programmées, sur la base de la date de naissance, ne sont légalement pas applicables (accouchement prématuré ou tardif), la mutualité prendra contact avec vous.

J'avertirai au préalable ma mutualité de tout changement intervenant dans le calendrier que j'ai rempli.

Date :

Signature :

NISS : – Annexe 3

Solidaris Brabant traite vos données dans le respect de la loi du 30 juillet 2018 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel (loi-cadre) et le Règlement 2016/679 du 27 avril 2016 relatif à la protection des données à caractère personnel, lequel vous donne le droit de consulter vos données, de les compléter, de vous opposer au traitement, d'en demander la rectification, la limitation ou la suppression. Pour tout renseignement complémentaire concernant le traitement de vos données, veuillez consulter notre Charte sur la protection des données, disponible à l'adresse suivante : https://www.solidaris-brabant.be/fr/conditions_d_utilisation.



N° d'affiliation :
N.I.S.S. :
Nom - prénom :

PÉRIODE DE REPOS DE MATERNITÉ FACULTATIF - ANNEXE 4

(Cochez ce qui vous concerne)

- Je NE prends PAS de repos postnatal facultatif.** *(Indiquez à la première ligne du tableau au verso la période au cours de laquelle vous avez pris votre repos prénatal facultatif et signez)*

OU

- Il ne s'agit pas d'une naissance multiple et je prends du repos postnatal facultatif.**
Au total, mon repos de maternité facultatif (repos prénatal et repos postnatal ensemble) peut durer 9 semaines au maximum au cours desquelles je cesse complètement mes activités. Chacune de ces semaines peut être convertie en maximum 2 semaines au cours desquelles j'exerce à mi-temps mes activités normales en tant que travailleuse indépendante, pour ainsi arriver à un maximum de 18 semaines. *(Complétez le tableau au verso et signez)*

OU

- Il s'agit d'une naissance multiple et je prends du repos postnatal facultatif.**
Au total, mon repos de maternité facultatif (repos prénatal et repos postnatal ensemble) peut durer 10 semaines au maximum au cours desquelles je cesse complètement mes activités. Chacune de ces semaines peut être convertie en maximum 2 semaines au cours desquelles j'exerce à mi-temps mes activités normales en tant que travailleuse indépendante, pour ainsi arriver à un maximum de 20 semaines. *(Complétez le tableau au verso et signez)*

NISS :

Au cours des deux semaines (semaine 1 + semaine 2), qui précèdent immédiatement la date de début de ma période de repos de maternité obligatoire : <ul style="list-style-type: none"> je cesse complètement mes activités la semaine suivante : du.....au..... j'exerce à mi-temps mes activités normales en tant que travailleuse indépendante la semaine suivante : du.....au..... 		Total * 1,5
Je prends les semaines suivantes (en les répartissant) sur une période de 38 semaines qui commence à la date de l'accouchement. Au cours d'une de ces semaines au minimum, j'exerce à mi-temps mes activités normales en tant que travailleuse indépendante :		
	Total*	Total *
Semaine 3 : du.....au..... Mi-temps / temps plein		Semaine 12 : du.....au..... Mi-temps / temps plein
Semaine 4 : du.....au..... Mi-temps / temps plein		Semaine 13 : du.....au..... Mi-temps / temps plein
Semaine 5 : du.....au..... Mi-temps / temps plein		Semaine 14 : du.....au..... Mi-temps / temps plein
Semaine 6 : du.....au..... Mi-temps / temps plein		Semaine 15 : du.....au..... Mi-temps / temps plein
Semaine 7 : du.....au..... Mi-temps / temps plein		Semaine 16 : du.....au..... Mi-temps / temps plein
Semaine 8 : du.....au..... Mi-temps / temps plein		Semaine 17 : du.....au..... Mi-temps / temps plein
Semaine 9 : du.....au..... Mi-temps / temps plein		Semaine 18 : (uniquement en cas de naissance multiple) du.....au..... Mi-temps / temps plein
Semaine 10 : du.....au..... Mi-temps / temps plein		Semaine 19 : (uniquement en cas de naissance multiple) du.....au..... Mi-temps / temps plein
Semaine 11 : du.....au..... Mi-temps / temps plein		

* Additionnez dans cette colonne le nombre de semaines indiquées :

- une semaine à temps plein compte pour 1, une semaine à mi-temps pour 0,5
 - le total ne peut jamais dépasser 9 (10 en cas de naissance multiple).
- N'oubliez pas de compter aussi le nombre indiqué en gras à la première ligne (repos prénatal facultatif) !*

Par la présente, je déclare à nouveau explicitement qu'en choisissant des semaines de repos complet, je cesserai COMPLETEMENT TOUTES mes activités et qu'en choisissant des semaines à mi-temps, j'exercerai AU MAXIMUM à mi-temps mes activités normales en tant que travailleuse indépendante et que je n'exercerai aucune autre activité professionnelle.

Je m'engage à fournir au plus vite à ma mutualité l'extrait d'acte de naissance (ou un certificat médical qui confirme l'accouchement).

Remarque : si les semaines programmées, sur la base de la date de naissance, ne sont légalement pas applicables (accouchement prématuré ou tardif), la mutualité prendra contact avec vous.

J'avertirai au préalable ma mutualité de tout changement intervenant dans le calendrier que j'ai rempli.

Date :

Signature :

NISS : – Annexe 4



N° d'affiliation :
N.I.S.S. :
Nom - prénom :

PÉRIODE DE REPOS DE MATERNITÉ FACULTATIF - ANNEXE 5

(Cochez ce qui vous concerne)

- Je NE prends PAS de repos postnatal facultatif.** *(Indiquez à la première ligne du tableau au verso la période au cours de laquelle vous avez pris votre repos prénatal facultatif et signez)*

OU

- Il ne s'agit pas d'une naissance multiple et je prends du repos postnatal facultatif.**
Au total, mon repos de maternité facultatif (repos prénatal et repos postnatal ensemble) peut durer 9 semaines au maximum au cours desquelles je cesse complètement mes activités. Chacune de ces semaines peut être convertie en maximum 2 semaines au cours desquelles j'exerce à mi-temps mes activités normales en tant que travailleuse indépendante pour ainsi arriver à un maximum de 18 semaines. *(Complétez le tableau au verso et signez)*

OU

- Il s'agit d'une naissance multiple et je prends du repos postnatal facultatif.**
Au total, mon repos de maternité facultatif (repos prénatal et repos postnatal ensemble) peut durer 10 semaines au maximum au cours desquelles je cesse complètement mes activités. Chacune de ces semaines peut être convertie en maximum 2 semaines au cours desquelles j'exerce à mi-temps mes activités normales en tant que travailleuse indépendante pour ainsi arriver à un maximum de 20 semaines. *(Complétez le tableau au verso et signez)*

Deux semaines (semaine 1 + semaine 2) qui précèdent immédiatement la date de début de ma période de repos de maternité obligatoire au cours desquelles j'exerce à mi-temps mes activités normales en tant que travailleuse indépendante : du.....au..... (semaine 1) et du.....au..... (semaine 2)		Total *
		1
Je prends les semaines suivantes (en les répartissant) sur une période de 38 semaines qui commence à la date de l'accouchement :		
	Total*	Total *
Semaine 3 : du.....au..... Mi-temps / temps plein		Semaine 12 : du.....au..... Mi-temps / temps plein
Semaine 4 : du.....au..... Mi-temps / temps plein		Semaine 13 : du.....au..... Mi-temps / temps plein
Semaine 5 : du.....au..... Mi-temps / temps plein		Semaine 14 : du.....au..... Mi-temps / temps plein
Semaine 6 : du.....au..... Mi-temps / temps plein		Semaine 15 : du.....au..... Mi-temps / temps plein
Semaine 7 : du.....au..... Mi-temps / temps plein		Semaine 16 : du.....au..... Mi-temps / temps plein
Semaine 8 : du.....au..... Mi-temps / temps plein		Semaine 17 : du.....au..... Mi-temps / temps plein
Semaine 9 : du.....au..... Mi-temps / temps plein		Semaine 18 : du.....au..... Mi-temps / temps plein
Semaine 10 : du.....au..... Mi-temps / temps plein		Semaine 19 : (uniquement en cas de naissance multiple) du.....au..... Mi-temps / temps plein
Semaine 11 : du.....au..... Mi-temps / temps plein		Semaine 20 : (uniquement en cas de naissance multiple) du.....au..... Mi-temps / temps plein

* Additionnez dans cette colonne le nombre de semaines indiquées :

- une semaine à temps plein compte pour 1, une semaine à mi-temps pour 0,5
- le total ne peut jamais dépasser 9 (10 en cas de naissance multiple).
N'oubliez pas de compter aussi le nombre indiqué en gras à la première ligne (repos prénatal facultatif) !

Par la présente, je déclare à nouveau explicitement qu'en choisissant des semaines de repos complet, je cesserai COMPLETEMENT TOUTES mes activités et qu'en choisissant des semaines à mi-temps, j'exercerai AU MAXIMUM à mi-temps mes activités normales en tant que travailleuse indépendante et que je n'exercerai aucune autre activité professionnelle.

Je m'engage à fournir au plus vite à ma mutualité l'extrait d'acte de naissance (ou un certificat médical qui confirme l'accouchement).

Remarque : si les semaines programmées, sur la base de la date de naissance, ne sont légalement pas applicables (accouchement prématuré ou tardif), la mutualité prendra contact avec vous.

J'avertirai au préalable ma mutualité de tout changement intervenant dans le calendrier que j'ai rempli.

Date :

Signature :



N° d'affiliation :
N.I.S.S. :
Nom - prénom :

PÉRIODE DE REPOS DE MATERNITÉ FACULTATIF - ANNEXE 6

(Cochez ce qui vous concerne)

Je NE prends PAS de repos postnatal facultatif. (Complétez à la première ligne du tableau ci-dessous la période au cours de laquelle vous avez pris votre repos prénatal facultatif et signez au verso)

OU

Il ne s'agit pas d'une naissance multiple et je prends du repos postnatal facultatif.

Je prends au maximum 9 semaines de repos de maternité facultatif (repos prénatal et repos postnatal ensemble) au cours desquelles je cesse complètement mes activités. (Complétez le tableau ci-dessous et signez au verso)

Je recours à la possibilité de convertir, au minimum, une semaine de repos de maternité facultatif en maximum 2 semaines au cours desquelles j'exerce à mi-temps mes activités normales en tant que travailleuse indépendante. Je peux le faire pour chacune des 9 semaines prévues, de telle sorte que je puisse prendre au maximum 18 semaines de repos de maternité facultatif (repos prénatal et repos postnatal ensemble), au cours desquelles j'exerce à mi-temps mes activités normales en tant que travailleuse indépendante. (Complétez le tableau au verso et signez)

OU

Il s'agit d'une naissance multiple et je prends du repos postnatal facultatif.

Je prends au maximum 10 semaines de repos de maternité facultatif (repos prénatal et repos postnatal ensemble) au cours desquelles je cesse complètement mes activités. (Complétez le tableau ci-dessous et signez au verso)

Je recours à la possibilité de convertir au minimum une semaine de repos de maternité facultatif en maximum 2 semaines au cours desquelles j'exerce à mi-temps mes activités normales en tant que travailleuse indépendante. Je peux le faire pour chacune des 10 semaines prévues, de telle sorte que je puisse prendre au maximum 20 semaines de repos de maternité facultatif (repos prénatal et repos postnatal ensemble), au cours desquelles j'exerce à mi-temps mes activités normales en tant que travailleuse indépendante. (Complétez le tableau au verso et signez)

Deux semaines (semaine 1 + semaine 2) précédant immédiatement la date de début de ma période de repos de maternité obligatoire au cours desquelles je cesse complètement mes activités : du.....au..... (semaine 1) et du.....au..... (semaine 2)	
Je prends les semaines suivantes (en les répartissant) sur une période de 38 semaines qui commence à la date de l'accouchement. Pendant ces semaines, je cesse complètement mes activités :	
Semaine 3 : du.....au.....	Semaine 7 : du.....au.....
Semaine 4 : du.....au.....	Semaine 8 : du.....au.....
Semaine 5 : du.....au.....	Semaine 9 : du.....au.....
Semaine 6 : du.....au.....	Semaine 10 : (uniquement en cas de naissance multiple) du.....au.....

NISS :

Deux semaines (semaine 1 + semaine 2) précédant immédiatement la date de début de ma période de repos de maternité obligatoire au cours desquelles je cesse complètement mes activités : du.....au..... (semaine 1) et du..... au..... (semaine 2)		Total *
		2
Je prends les semaines suivantes (en les répartissant) sur une période de 38 semaines qui commence à la date de l'accouchement. Au cours d'une de ces semaines au minimum, j'exerce à mi-temps mes activités normales en tant que travailleuse indépendante :		
	Total*	Total *
Semaine 3 : du.....au..... Mi-temps / temps plein		Semaine 11 : du.....au..... Mi-temps / temps plein
Semaine 4 : du.....au..... Mi-temps / temps plein		Semaine 12 : du.....au..... Mi-temps / temps plein
Semaine 5 : du.....au..... Mi-temps / temps plein		Semaine 13 : du.....au..... Mi-temps / temps plein
Semaine 6 : du.....au..... Mi-temps / temps plein		Semaine 14 : du.....au..... Mi-temps / temps plein
Semaine 7 : du.....au..... Mi-temps / temps plein		Semaine 15 : du.....au..... Mi-temps / temps plein
Semaine 8 : du.....au..... Mi-temps / temps plein		Semaine 16 : du.....au..... Mi-temps / temps plein
Semaine 9 : du.....au..... Mi-temps / temps plein		Semaine 17 : (uniquement en cas de naissance multiple) du.....au..... Mi-temps / temps plein
Semaine 10 : du.....au..... Mi-temps / temps plein		Semaine 18 : (uniquement en cas de naissance multiple) du.....au..... Mi-temps / temps plein

* *Additionnez dans cette colonne le nombre de semaines indiquées :*

- *une semaine à temps plein compte pour 1, une semaine à mi-temps pour 0,5*
- *le total ne peut jamais dépasser 9 (10 en cas de naissance multiple).*

N'oubliez pas de compter aussi le nombre indiqué en gras à la première ligne (repos prénatal facultatif) !

Par la présente, je déclare à nouveau explicitement qu'en choisissant des semaines de repos complet, je cesserai COMPLETEMENT TOUTES mes activités et qu'en choisissant des semaines à mi-temps, j'exercerai AU MAXIMUM à mi-temps mes activités normales en tant que travailleuse indépendante et que je n'exercerai aucune autre activité professionnelle.

Je m'engage à fournir au plus vite à ma mutualité l'extrait d'acte de naissance (ou un certificat médical qui confirme l'accouchement).

Remarque : *si les semaines programmées, sur la base de la date de naissance, ne sont légalement pas applicables (accouchement prématuré ou tardif), la mutualité prendra contact avec vous.*

J'avertirai au préalable ma mutualité de tout changement intervenant dans le calendrier que j'ai rempli.

Date :

Signature :

NISS : – Annexe 6



N° d'affiliation :
N.I.S.S. :
Nom - prénom :

**DEMANDE D'OCTROI DE L'ALLOCATION DE MATERNITE DES TRAVAILLEUSES
INDEPENDANTES en cas d'hospitalisation d'enfant plus de sept jours ouvrables à partir
de la date de naissance – ANNEXE 7**

LEGISLATION

Art. 93, § 3. A la demande de la titulaire, la période de repos de maternité visée au § 2 peut être prolongée lorsque l'enfant nouveau-né doit rester hospitalisé plus de sept jours à compter de sa naissance.

Si votre bébé doit rester hospitalisé pour une période minimale de 7 jours ininterrompus, à partir du jour de sa naissance, une prolongation du congé de maternité est possible.

La prolongation est égale à la période d'hospitalisation du bébé qui dépasse les 7 premiers jours.

La prolongation débute le premier jour après le repos de maternité obligatoire.

La prolongation s'étend à maximum 24 semaines de repos à temps plein et à maximum 48 semaines en cas de repos à mi-temps.

La période de repos postnatal facultatif prend cours le premier jour qui suit la fin de la période de prolongation.

Je souhaite bénéficier du congé de maternité, suite à l'hospitalisation de mon enfant,

à partir du/...../20.....

période d'hospitalisation de mon enfant : du au

Je joins également à cette demande une attestation de l'établissement hospitalier reprenant la période exacte d'hospitalisation de mon enfant.

Je souhaite que mes indemnités de maternité soient versées :

sur mon compte financier :/...../.....

sur le compte financier :/...../.....

de Monsieur/Madame

Fait à, le

Signature de la titulaire en congé de maternité :

	Total		Total
Semaine 1 : du.....au..... Mi-temps / temps plein		Semaine 25 : du.....au..... Mi-temps / temps plein	
Semaine 2 : du.....au..... Mi-temps / temps plein		Semaine 26 : du.....au..... Mi-temps / temps plein	
Semaine 3 : du.....au..... Mi-temps / temps plein		Semaine 27 : du.....au..... Mi-temps / temps plein	
Semaine 4 : du.....au..... Mi-temps / temps plein		Semaine 28 : du.....au..... Mi-temps / temps plein	
Semaine 5 : du.....au..... Mi-temps / temps plein		Semaine 29 : du.....au..... Mi-temps / temps plein	
Semaine 6 : du.....au..... Mi-temps / temps plein		Semaine 30 : du.....au..... Mi-temps / temps plein	
Semaine 7 : du.....au..... Mi-temps / temps plein		Semaine 31 : du.....au..... Mi-temps / temps plein	
Semaine 8 : du.....au..... Mi-temps / temps plein		Semaine 32 : du.....au..... Mi-temps / temps plein	
Semaine 9 : du.....au..... Mi-temps / temps plein		Semaine 33 : du.....au..... Mi-temps / temps plein	
Semaine 10 : du.....au..... Mi-temps / temps plein		Semaine 34 : du.....au..... Mi-temps / temps plein	
Semaine 11 : du.....au..... Mi-temps / temps plein		Semaine 35 : du.....au..... Mi-temps / temps plein	
Semaine 12 : du.....au..... Mi-temps / temps plein		Semaine 36 : du.....au..... Mi-temps / temps plein	
Semaine 13 : du.....au..... Mi-temps / temps plein		Semaine 37 : du.....au..... Mi-temps / temps plein	
Semaine 14 : du.....au..... Mi-temps / temps plein		Semaine 38 : du.....au..... Mi-temps / temps plein	
Semaine 15 : du.....au..... Mi-temps / temps plein		Semaine 39 : du.....au..... Mi-temps / temps plein	
Semaine 16 : du.....au..... Mi-temps / temps plein		Semaine 40 : du.....au..... Mi-temps / temps plein	
Semaine 17 : du.....au..... Mi-temps / temps plein		Semaine 41 : du.....au..... Mi-temps / temps plein	
Semaine 18 : du.....au..... Mi-temps / temps plein		Semaine 42 : du.....au..... Mi-temps / temps plein	
Semaine 19 : du.....au..... Mi-temps / temps plein		Semaine 43 : du.....au..... Mi-temps / temps plein	
Semaine 20 : du.....au..... Mi-temps / temps plein		Semaine 44 : du.....au..... Mi-temps / temps plein	
Semaine 21 : du.....au..... Mi-temps / temps plein		Semaine 45 : du.....au..... Mi-temps / temps plein	
Semaine 22 : du.....au..... Mi-temps / temps plein		Semaine 46 : du.....au..... Mi-temps / temps plein	
Semaine 23 : du.....au..... Mi-temps / temps plein		Semaine 47 : du.....au..... Mi-temps / temps plein	
Semaine 24 : du.....au..... Mi-temps / temps plein		Semaine 48 : du.....au..... Mi-temps / temps plein	

NISS : – Annexe 7

Solidaris Brabant traite vos données dans le respect de la loi du 30 juillet 2018 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel (loi-cadre) et le Règlement 2016/679 du 27 avril 2016 relatif à la protection des données à caractère personnel, lequel vous donne le droit de consulter vos données, de les compléter, de vous opposer au traitement, d'en demander la rectification, la limitation ou la suppression. Pour tout renseignement complémentaire concernant le traitement de vos données, veuillez consulter notre Charte sur la protection des données, disponible à l'adresse suivante : https://www.solidaris-brabant.be/fr/conditions_d_utilisation.