

A remplir par FAMIWAL

N° dossier :

Gestionnaire :

Demande d'allocation de naissance (formulaire E)

A renvoyer à FAMIWAL
BP 80 000 Ville Basse B-6000 Charleroi

1. Renseignements concernant la mère

nom et prénom

.....

date de naissance

.....

rue et numéro

.....

numéro postal et localité

.....

numéro de téléphone / GSM

.....

adresse mail

.....

numéro de registre national

.....

2. Renseignements concernant le père/la coparente

nom et prénom

.....

date de naissance

.....

rue et numéro

.....

numéro postal et localité

.....

numéro de téléphone / GSM

.....

adresse mail

.....

numéro de registre national

.....

Voir au dos de votre carte d'identité

Tenez compte des enfants morts-nés et décédés après 180 jours de grossesse

3. S'agit-il du premier enfant de la mère ?

oui non

4. S'agit-il du premier enfant du père et/ou de la coparente ?

oui non

5. Vous...

êtes handicapée à 66% au moins depuis le et reconnue par (nom et adresse de l'institution)

êtes en maladie depuis 6 mois au moins

travaillez pour une organisation internationale (institutions européennes, OTAN, etc.)

travaillez à l'étranger; pays :

percevez des prestations sociales de l'étranger

6. Votre conjoint ou partenaire...

est handicapé(e) à 66% au moins depuis le et reconnu(e) par (nom et adresse de l'institution)

est en maladie depuis 6 mois au moins

travaille pour une organisation internationale (institutions européennes, OTAN, etc.)

travaille à l'étranger; pays :

perçoit des prestations sociales de l'étranger

Si d'application

N'OUBLIEZ PAS DE SIGNER LE FORMULAIRE AVANT DE NOUS LE RETOURNER

Je déclare avoir complété correctement ce formulaire et avoir pris connaissance de l'information reprise dans ce document.

nom

prénom

date / /

Signature

Attention !

N'oubliez pas de nous communiquer spontanément ET immédiatement toute modification qui surviendrait dans votre situation familiale, professionnelle ou financière.

Attestation du gynécologue ou de la sage-femme

A compléter au plus tôt 4 mois avant la date prévue de l'accouchement

Si votre enfant n'est pas encore né, fournissez une **attestation originale** de votre médecin ou de votre sage-femme ou demandez-lui de compléter le formulaire ci-dessous.

Si votre enfant est déjà né, vous ne devez pas compléter ce formulaire. L'information nous sera transmise automatiquement par la Banque Carrefour de la sécurité sociale.

Je soussigné(e),

.....
médecin / sage-femme, déclare que Madame

.....
est enceinte de 5 mois au moins.

La date prévue de la naissance est le / /

L'intéressée attend des jumeaux / triplés /

Date: / /

Signature et cachet

.....

Déclaration de l'allocataire

Pour les femmes: nom de jeune fille

nom
prénom
numéro national
(voir au verso de votre carte d'identité électronique (e-id))

Les allocations familiales sont payées à la mère ou à la personne qui la remplace dans le ménage. En cas de comaternité, les allocations familiales sont payées à la mère la plus âgée.

Elles ne peuvent être versées que sur un compte à vue ouvert à son nom ou sur un compte commun au nom des deux partenaires, avec lequel elle peut aussi effectuer des opérations.

Je demande que l'allocation de naissance et les allocations familiales soient versées sur le compte (le numéro se trouve sur vos extraits de compte)

IBAN _ _ _ _ _

BIC _ _ _ _ _

à mon nom

à mon nom et à celui de

Je déclare avoir complété correctement ce formulaire et donne l'autorisation à ma caisse d'allocations familiales de contrôler les données auprès de ma banque. Je m'engage à avertir immédiatement ma caisse d'allocations familiales si je n'ai plus accès au compte. Dans ce cas, je renseigne un nouveau numéro de compte.

Date

Téléphone Signature

E-mail

Important !

Si, après contrôle auprès de votre banque, il apparaît que le numéro de compte indiqué n'est pas à votre nom, la caisse d'allocations familiales vous demandera de lui indiquer un autre numéro de compte dont vous êtes le (co-)titulaire.