Zorgaanbieder

**Naam:**  Typ naam

**Adres:**  Typ adres

**Postcode:** Typ adres

**Woonplaats:** Typ woonplaats

**Telefoonnummer:** Typ telefoonnummer

**AGB code:**  Typ AGB code

**Wmo**

De zorgaanbieder verklaart dat hij in het productiejaar 2024 geen omzet heeft gehad voor inzet vanuit Wmo, betreffende gemeente(n):

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Asten | Deurne | Heeze-Leende | Reusel-De Mierden | Waalre |
| Bergeijk | Eersel | Helmond | Someren |  |
| Best | Eindhoven | Laarbeek | Son en Breugel |  |
| Bladel | Geldrop-Mierlo | Nuenen | Valkenswaard |  |
| Cranendonck | Gemert-Bakel | Oirschot | Veldhoven |  |

**Jeugdwet**

De zorgaanbieder verklaart dat hij in het productiejaar 2024 geen omzet heeft gehad voor inzet vanuit Jeugd, betreffende gemeente(n):

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Asten | Deurne | Heeze-Leende | Reusel-De Mierden | Waalre |
| Bergeijk | Eersel | Helmond | Someren |  |
| Best | Eindhoven | Laarbeek | Son en Breugel |  |
| Bladel | Geldrop-Mierlo | Nuenen | Valkenswaard |  |
| Cranendonck | Gemert-Bakel | Oirschot | Veldhoven |  |

(aankruisen wat van toepassing is op wet **én** naam gemeente(n))

Aldus naar waarheid ingevuld, gedagtekend en ondertekend te

Typ woonplaats op Kies datum

……………………………………………… …………………………….

(Plaats hier uw handtekening) (Plaats hier uw naam)