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)