|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Ondergetekende(n):** | | |
|  | **Aanvrager** | **Partner** |
| **Naam** | m/v | m/v |
| **Geboortedatum** |  |  |
| **Adres** |  |  |
| **Postcode en woonplaats** |  |  |
| **Telefoonnummer** |  |  |
| **Legitimatiebewijs en -nummer** |  |  |
| **Burgerservicenummer** |  |  |

Machtig(t)(en) hiermee het hoofd Uitvoering van de gemeente *[naam gemeente]* tot een inhouding op de Participatie wet/Ioaw/Ioaz-uitkering op de wijze en tot de bedragen zoals hieronder aangegeven:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Maandelijkse inhouding** |  | **Af te dragen aan** |
| Premie zorgverzekering | € | De Friesland |
| Aflossing | € 35,00 | Gemeente *[naam gemeente]* |
| Verzekering eigen risico | € | De Friesland |
| Totaal in te houden bedrag | € |  |
|  | Inhouding per maand | € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | Ingangsdatum | *[datum]* |
| **Aflossing aan:** | Gemeente | De Friesland |
| Bank- of gironummer | XXX | *bankrekeningnummer]* |
| Ten name van | *[naam gemeente]* | De Friesland |
| Mededeling bij betaling | Gemeente: Betaling aflossing i.h.k.v. regeling RUB @naam cliënt  De Friesland: *[invullen gewenste mededeling bij betaling]* | |

Tevens verklaart ondergetekende ermee bekend te zijn dat hij/zij zelf verantwoordelijk blijft voor de volledige betaling en geeft ondertekende toestemming voor deelname aan de Regeling Uitstroom Bijstandsgerechtigden.

Voorts gaat ondergetekende ermee akkoord dat de hoogte van de maandelijkse inhouding zonder zijn/haar tussenkomst kan worden gewijzigd wanneer het maximale inhoudingsbedrag verandert.

Dit betreft een:

0 nieuwe machtiging

1. gewijzigde machtiging
2. intrekking van een machtiging

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Plaats: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Datum: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |  |  |
| Uw handtekening | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Handtekening partner | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |  |  |