| **zw25** | | | | | | | |  | | | | | | | | |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Machtiging voor aanvraag doelgroepverklaring loonkostenvoordeel (LKV) | | | | | | | | |
| Deel 1 | | | | | | | | |
|  | | **Waarom dit formulier?**  Met dit formulier kunt u iemand machtigen om namens  u een doelgroepverklaring LKV aan te vragen. Het formulier bestaat uit 2 delen:  - Deel 1 vult u zelf als werknemer in.  - Deel 2 vult uw gemachtigde in.  Dit formulier wordt door zowel de werknemer als de gemachtigde ondertekend. De gemachtigde stuurt de aanvraag per post aan UWV.  Nadat wij de aanvraag van hebben ontvangen, duurt het uiterlijk 13 weken voordat wij de gemachtigde een beslissing sturen. De verzenddatum (datum poststempel) geldt als datum van de aanvraag. | | | | | | |  | **Meer informatie**  U vindt meer informatie op uwv.nl/wtl. U kunt ook  bellen met UWV Telefoon Werknemers via 0900 – 92 94.  Kijk voor de kosten van dit telefoonnummer op uwv.nl/bellen.  Als u belt, houd dan uw burgerservicenummer bij de hand.  Wij kunnen u dan beter helpen. | | | | | | |  |
|  |  | **In te vullen door werknemer** | **1** | |  | | **Uw gegevens** | | | | | | | | | |  |
|  | |  | | |  | |  | | | | | | | | | |  |
| 1.1 | | Voorletters en achternaam | | |  | | *Gebruikt u de achternaam van uw partner, vul dan ook uw geboortenaam in.* | | | | | | | | | |  |
|  | |  | | | | | | | | | |  |
|  | |  | | | | | | |  | ☐ Man | ☐ Vrouw |  |
|  | |  | | |  | |  | | | | | | | | | |  |
| 1.2 | | Burgerservicenummer | | |  | |  | | | | | |  | | | |  |
|  | |  | | |  | |  | | | | | | | | | |  |
| 1.3 | | Telefoonnummer | | |  | |  | | | | | |  | | | |  |
|  | |  | | |  | |  | | | | | | | | | |  |
|  | |  | **2** | |  | | **Gegevens gemachtigde** | | | | | | | | | |  |
|  | |  | | |  | |  | | | | | | | | | |  |
| 2.1 | | Voorletters en achternaam | | |  | | *Is de gemachtigde de werkgever? Vul dan de bedrijfsnaam in.* | | | | | | | | | |  |
|  | |  | | |  | |  | | | | | | | | | |  |
|  | |  | | |  | |  | | | | | | | | | |  |
|  | |  | | |  | |  | | | | | | | | | |  |
|  | |  | **3** | |  | | **Ondertekening door werknemer** | | | | | | | | | |  |
|  | |  | |  | |  | | | | | | | | | | |  |
|  | | Datum en handtekening | |  | |  | | | | |  |  | | | | |  |
|  | | | | |
|  | |  | |  | |  | | | | | | | | | | |  |

| **zw25** | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Aanvraag doelgroepverklaring  loonkostenvoordeel (LKV) | | | | | | | | | | | |
| Deel 2 | | | | | | | | | | | |
|  | | **Waarom dit formulier?**  Met dit formulier wordt u gemachtigd om namens de werknemer (zie deel 1) een aanvraag voor een doelgroepverklaring te doen. U vult als gemachtigde deel 2  in en u stuurt het naar UWV.  Er zijn doelgroepverklaringen voor deze 4 doelgroepen:  - oudere werknemers (56 jaar of ouder);  - arbeidsbeperkte werknemers die nieuw in dienst komen;  - werknemers uit de doelgroep banenafspraak en scholingsbelemmerden;  - arbeidsbeperkte werknemers die herplaatst worden. | | | | | | | | |  | **Opsturen**  Vul het formulier volledig in, onderteken het en stuur het naar :  UWV  Postbus 71  1800 BD ALKMAAR | | | | | | | |  |
|  |  | **In te vullen door gemachtigde** | **1** | |  | | **Uw gegevens** | | | | | | | | | | | | |  |
|  | |  | | |  | |  | | | | | | | | | | | | |  |
| 1.1 | | Voorletters en achternaam gemachtigde | | |  | |  | | | | | | | | | |  | ☐ Man | ☐ Vrouw |  |
|  | |  | |  | | | | | | | | | | | | |  |
|  | |  | | |  | |  | | | | | | | | | | | | |  |
| 1.2 | | Bent u de werkgever van de aanvrager? | | |  | | ☐ Nee, ik stuur zelf een kopie van doelgroepverklaring aan de werkgever  ☐ Nee, ik geef toestemming om een kopie van de doelgroepverklaring aan de werkgever te sturen. *Vul de onderstaande gegevens van de werkgever in.* | | | | | | | | | | | | |  |
|  | |  | | |  | |  | | | | | | | | | | | | |  |
|  | |  | | |  | |  | | Bedrijfsnaam | | | | | | |  | | | |  |
|  | |  | | |  | |  | | | | | | | | | | | | |  |
|  | |  | | |  | |  | | Fiscaal nummer (RSIN) | | | | | | |  | | | |  |
|  | |  | | |  | |  | | | | | | | | | | | | |  |
|  | |  | | |  | |  | | Naam contactpersoon | | | | | | |  | | | |  |
|  | |  | | |  | |  | | | | | | | | | | | | |  |
|  | |  | | |  | |  | | Telefoonnummer contactpersoon | | | | | | |  | | | |  |
|  | |  | | |  | |  | | | | | | | | | | | | |  |
|  | |  | | |  | | ☐ Ja*Vul uw gegevens in.* | | | | | | | | | | | | |  |
|  | |  | | |  | |  | | | | | | | | | | | | |  |
|  | |  | | |  | |  | | Bedrijfsnaam | | | | | | |  | | | |  |
|  | |  | | |  | |  | | | | | | | | | | | | |  |
|  | |  | | |  | |  | | Fiscaal nummer (RSIN) | | | | | | |  | | | |  |
|  | |  | | |  | |  | | | | | | | | | | | | |  |
|  | |  | | |  | |  | | Naam contactpersoon | | | | | | |  | | | |  |
|  | |  | | |  | |  | | | | | | | | | | | | |  |
|  | |  | | |  | |  | | Telefoonnummer contactpersoon | | | | | | |  | | | |  |
|  | |  | | |  | |  | | | | | | | | | | | | |  |
| 1.3 | | Adres | | |  | |  | | | | | | | | | | | | |  |
|  | |  | | |  | |  | | | | | | | | | | | | |  |
| 1.4 | | Postcode en plaats | | |  | |  | | |  |  | | | | | | | | |  |
|  | |  | | |  | |  | | | | | | | | | | | | |  |
|  | |  | **2** | |  | | **Dienstverband** | | | | | | | | | | | | |  |
|  | |  | | |  | |  | | | | | | | | | | | | |  |
| 2.1 | | Op welke datum begint of is het dienstverband van de werknemer begonnen? | | |  | |  | | | | | | | |  | | | | |  |
|  | |  |  | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | |  | | |  | |  | | | | | | | | | | | | |  |
|  | |  | **3** | |  | | **Doelgroep** | | | | | | | | | | | | |  |
|  | |  | | |  | |  | | | | | | | | | | | | |  |
| 3.1 | | Onder welke doelgroep valt de werknemer voor wie u deze aanvraag invult? | | |  | | ☐ Oudere werknemers (56 jaar of ouder)  ☐ Arbeidsbeperkte werknemers die nieuw in dienst komen  ☒ Werknemers uit de doelgroep banenafspraak en scholingsbelemmerden  ☐ Arbeidsbeperkte werknemers die herplaatst worden | | | | | | | | | | | | |  |
|  | |  | | |  | |  | | | | | | | | | | | | |  |
|  | |  | **4** | |  | | **Uitkering** | | | | | | | | | | | | |  |
|  | |  | | |  | |  | | | | | | | | | | | | |  |
| 4.1 | | Heeft of had de werknemer in de kalendermaand voor hij in dienst kwam, recht op een uitkering uit  de EU, de EER of Zwitserland?  En was dit vanwege ziekte, langdurige arbeidsongeschiktheid  of werkeloosheid? | | |  | | ☐ Nee  ☐ Ja *Stuur dan een kopie van 1 van de volgende bewijsstukken mee:  - Een brief waarin staat welke uitkering de werknemer krijgt of kreeg.  - 1 of meer betaalspecificaties. Deze mag niet ouder zijn dan 1 kalendermaand*  *voor de datum dat de werknemer in dienst kwam bij de Nederlandse werkgever.  - De beëindigingsbrief van zijn vorige arbeidsovereenkomst.* | | | | | | | | | | | | |  |
|  | |  | | |  | |  | | | | | | | | | | | | |  |
|  | |  | **3** | |  | | **Ondertekening gemachtigde** | | | | | | | | | | | | |  |
|  | |  | |  | |  | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | Datum en handtekening | |  | |  | | | | | | |  |  | | | | | |  |
|  | | | | | | |
|  | |  | | |  | |  | | | | | | | | | | | | |  |