|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | **0-20** | |
| Begin- en einddatum ziekenhuisverblijf van pasgeboren kind van uw werknemer | | | | | | | | | | | | | |
| WAZO-uitkering | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | In te vullen door UWV | |  |  | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | |  | |  |  | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | Formuliercode | |  | 109420 | | | |  | | Volgnummer van de WAZO-uitkering | | | | | | |  | |  |
|  | |  | |  |  | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | **Waarom dit formulier?**  Dit formulier kunt u gebruiken als verklaring van het ziekenhuis.  Het ziekenhuis vult de opnameperiodes in en ondertekent het formulier.  Heeft u een aparte verklaring van het ziekenhuis? Stuur deze dan mee met dit formulier. Schrijf de naam, de geboortedatum en het burgerservicenummer van uw werknemer ook op deze verklaring.  **Opsturen**  Stuur dit formulier, eventueel samen met de aparte verklaring van het ziekenhuis, naar: | | | | | |  | | UWV  Ziektewet  Postbus 57015  1040 CT Amsterdam  **Meer informatie** U vindt meer informatie over het verlengen van een WAZO-uitkering op uwv.nl. U kunt ook bellen met UWV Telefoon Werkgevers via  0900 – 92 95 (lokaal tarief).  Als u belt, houd dan uw loonheffingennummer en het burgerser-vicenummer van uw werknemer bij de hand. Wij kunnen u dan beter van dienst zijn. | | | | | | | | | |  |
|  | |  | |  |  | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | |  | 1 |  | Gegevens werknemer | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | |  | |  |  | | | | | | | | | | | | | | |  |
| 1.1 | | Burgerservicenummer | |  |  | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | |  | |  |  | | | | | | | | | | | | | | |  |
| 1.2 | | Voorletters en achternaam | |  | *Gebruikt uw werknemer de achternaam van de partner? Vul dan ook de geboortenaam in.* | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | |  | |  |  | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | |  | |  |  | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | |  | |  |  | | | | | | | | | | | | | | |  |
| 1.3 | | Geboortedatum | |  |  | | | | | | | | |  | | | | | |  |
|  | |  | |  |  | | | | | | | | | | | | | | |  |
| 2 | |  | 2 |  | Gegevens kind | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | |  | |  |  | | | | | | | | | | | | | | |  |
| 2.1 | | Voornaam en achternaam  van het kind | |  | *Vul bij een meerling de naam in van het kind dat het langst in het ziekenhuis lag.* | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | Voornaam⏵*Voluit* | |  | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | Achternaam | |  | | | | | | | | | | | | |  |
|  | |  | |  |  | | | | | | | | | | | | | | |  |
| 2.2 | | Geboortedatum | |  |  | | | | | | | | |  | | | | | |  |
|  | |  | |  |  | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | |  | 3 |  | Meesturen verklaring van het ziekenhuis | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | |  | |  |  | | | | | | | | | | | | | | |  |
| 3.1 | | Stuurt u de verklaring van het ziekenhuis mee? | |  | Ja, deze heb ik apart bijgevoegd.⏵ *Vermeld het burgerservicenummer, de geboortenaam en de geboortedatum van uw werknemer op de verklaring.* ⏵*Ga verder met de ondertekening.*  Nee, dit formulier is de verklaring van het ziekenhuis.⏵*Laat het ziekenhuis rubriek 4 invullen.* | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | |  | |  |  | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | |  | 4 |  | Verklaring van het ziekenhuis | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | |  | |  |  | | | | | | | | | | | | | | |  |
| 4.1 | | Ziekenhuisopname(s) van het pasgeboren kind | |  | Van |  | | | | | | | | |  | Tot |  | | |  |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | Van |  | | | | | | | | |  | Tot |  | | |  |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | Van |  | | | | | | | | |  | Tot |  | | |  |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | Van |  | | | | | | | | |  | Tot |  | | |  |
|  | |  | |  |  | | | | | | | | | | | | | | |  |
| 4.2 | | Naam ziekenhuis | |  |  | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | |  | |  |  | | | | | | | | | | | | | | |  |
| 4.3 | | Naam contactpersoon ziekenhuis | |  |  | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | |  | |  |  | | | | | | | | | | | | | | |  |
| 4.4 | | Telefoonnummer contactpersoon | |  |  | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | |  | |  |  | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | Datum en handtekening | |  |  | | | | | | |  |  | | | | | | |  |
|  | | | | | | |
|  | |  | |  |  | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | Stempel ziekenhuis | |  |  | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | |  | |  |  | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | |  | 5 |  | Ondertekening werkgever | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | |  | |  |  | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | Datum en handtekening | |  |  | | | | | | |  |  | | | | | | |  |
|  | | | | | | |
|  | |  | |  |  | | | | | | | | | | | | | | |  |