

Ansökan om godkännande för valfrihetssystem; hemtjänst.

1(2)

Företags/utföraren namn	Organisationsnummer
Adress	Postadress
Telefonnummer	E-postadress
Kontaktperson för ansökan och kontraktsskrivning	Kontaktpersonens telefon-/mobilnummer

Ansökan avser geografiskt område och kapacitetstak (förfrågningsunderlag 1:5 och kontraktstilaga)
Sätt x vid de områden ansökan avser.

Geografiskt område nr 1			Geografiskt område nr 6	
Geografiskt område nr 2			Geografiskt område nr 7	
Geografiskt område nr 3			Geografiskt område nr 8	
Geografiskt område nr 4			Geografiskt område nr 9	
Geografiskt område nr 5			Geografiskt område nr 10	

Kapacitetstak timmar/månad
(sammanlagt för valda geografiska områden):

Vi accepterar och uppfyller angivna krav och villkor i förfrågningsunderlaget enligt nedanstående punkter och ansvarar för att de uppfylls.	JA	NEJ
1.4 och 4.3 Beskrivning av tjänsten/Verksamhetens innehåll		
1.5 Geografiskt område, kapacitetstak och skyldighet att ta emot uppdrag		
1.6 Tilläggstjänster		
1.7 Presentation av utförare		
1.9 Rutiner för omval		
2.5 Insyn		
3.4 Krav på IT-system mm.		
3.5 Krav på verksamhetsansvarig och ledning mm.		
3.7 Kvalitetledningssystem		
4.1 Lagar mm och styrdokument		
4.2 Värdegrund och mål		
4.4 Tid för tjänsternas utförande		
4.5 Beställning av uppdrag samt påbörjande av insats		
4.6 Förändrat omvårdnadsbehov		
4.7 Dokumentation och förvaring av handlingar		
4.8 Genomförandeplan		
4.9 - 4.15 Rutiner och åtaganden enligt dessa punkter		
4.16 Miljö		
4.17 Extraordinära händelser, höjdberedskap samt annan allvarlig händelse		
4.18 Uppföljning och medverkan		
5 Ersättning		
6 Kontraktsvillkor		
Ev. kommentar:		
Med ansökan ska biläggas följande handlingar:	Följande bokstäver ska anges på respektive bilaga	
Registreringsbevis från bolagsverket eller motsvarande (ej äldre än 2 mån)	A	
Blankett SKV 4820 eller motsvarande (ej äldre än 2 mån)	B	

Utdrag från UC eller motsvarande aktuella handlingar	C
Kopia av försäkringsbrev <i>ska inges senast fem dagar innan avtalsskrivande</i>	D
Vidimerad (av 2 personer) meritförteckning för verksamhetsansvarig	E
Kopia av försäkringsbrev för anställd personal alt. beskrivning av vilka försäkringar som kommer att tecknas.	F
Kort verksamhetsbeskrivning/verksamhetside´	G
Kort beskrivning av hur utföraren verksamhet avser arbeta för att uppnå socialnämndens värdegrund och mål.	H

Sanningsförsäkran	JA	NEJ
Sanningsförsäkran enligt 7 kap 1-2 §§ LOV		
<p>Jag som behörig företrädare intygar genom min underskrift att det företag/utförare som anges på sidan 1 i detta dokument och/eller dess företrädare:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Inte är i konkurs eller likvidation, eller är under tvångsförvaltning eller är föremål för ackord eller liknande förfarande eller tills vidare inställt sina betalningar eller är underkastad näringsförbud · Inte är föremål för ansökan om konkurs, tvångslikvidation, tvångsförvaltning, ackord eller likande förfarande · Inte är dömd för brott avseende yrkesutövningen enligt lagakraftvunnen dom · Inte har gjort sig skyldig till allvarligt fel i yrkesutövningen · Har fullgjort våra åligganden avseende socialförsäkringsavgifter eller skatt i hemlandet eller annan stat inom EES-området 		

Underskrift	
Med nedanstående underskrift intygar vi att uppgifterna i ovanstående dokument är aktuella, sanningsenliga och korrekta. Denna underskrift gäller för samtliga sidor i detta ansökningsformulär.	
Ort och datum	Underskrift av behörig företrädare
Befattning	Namnförtydligande