

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 1:9 och Bilaga 1):

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
1.3 och 1.4 Beskrivning av tjänsterna/HSL		
1.5 Mål för hemtjänst, ledsugning och avlösning		
1.8 Tid för tjänsternas utförande		
1.9 Kapacitetstak och geografiskt område		
1.10 Förändringar av kapacitetstak och geografiskt område		
1.11 IT-system och IT-säkerhet		
1.12 Beställning av uppdrag samt påbörjande av insats		
1.13 Förändrat omvårdnadsbehov		
1.15 Dokumentation och förvaring av handlingar		
1.16 Genomförandeplan		
1.17 Hygienrutiner		
1.18 Hantering av brukarens nycklar samt privata medel		
1.19 Extraordinär händelse och höjd beredskap, annan allvarlig händelse		
2.1 Ekonomisk kapacitet		
2.2 Försäkringar		
2.3 Kvalitetssystem		
2.4 Yrkesmässig kapacitet		
2.5 Styrdokument		
2.6 Medverkan och Insyn		
2.7 Samråd		
3.7 Avtalstid/upsägning		
3.8 Förändring		
3.10 Ersättning		

Vi accepterar och uppfyller angivna krav och villkor i förfrågningsunderlaget enligt nedanstående punkter och ansvarar för att de uppfylls.	JA	NEJ
3.11 Underentreprenör		
3.12 Åberopande av annans kapacitet		
3.13 Överlåtelse av kontrakt		
3.14 Presentation av utförare		
3.15 Tilläggstjänster		

Med ansökan ska biläggas följande handlingar:	Följande bokstäver ska anges på respektive bilaga
Registreringsbevis från bolagsverket	A
Blankett SKV 4820	B
eller motsvarande aktuella handlingar	C
Kopia av försäkringsbrev <i>ska inges fem dagar innan avtalsskrivande</i>	D
I bilaga bifogas vidimerad meritförteckning för verksamhetsansvarig	E
I bilaga beskrivs vilka försäkringar som kommer att tecknas för anställd personal	F
Kort verksamhetsbeskrivning/verksamhetside´	G

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 lagkraftvunnen 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