Ansökningsblankett

Undertecknad ansöker om godkännande av nedanstående företag att bedriva verksamhet inom valfrihetssystem enligt LOV i hemtjänsten i Tranås kommun.

* Vi förbinder oss att utföra uppdraget enligt de villkor och tillämpningsanvisningar som anges i förfrågningsunderlaget om hemtjänst.
* Vi försäkrar att de personer som har väsentligt inflytande i företaget inte har näringsförbud, inte är dömda för brott i sin yrkesutövning, inte gjort sig skyldiga till allvarligt fel i yrkesutövningen, inte är föremål för ansökan om konkurs, tvångslikvidation, tvångsförvaltning, ackord eller annat liknande förfarande.
* Vi försäkrar att alla angivna uppgifter är sanningsenliga.

# Information om det ansökande företaget

|  |  |
| --- | --- |
| Företagets namn  Klicka här för att ange text. | |
| Företagsform  Klicka här för att ange text. | Organisationsnummer  Klicka här för att ange text. |
| Adress  Klicka här för att ange text. | Telefon  Klicka här för att ange text. |
| E-postadress  Klicka här för att ange text. | |
| Verksamhetschef (Förnamn, Efternamn)  Klicka här för att ange text. | |
| Telefon  Klicka här för att ange text. | E-postadress  Klicka här för att ange text. |

## Antal anställda (personal som utför hemtjänstinsatser)

|  |  |
| --- | --- |
| Tillsvidareanställda | Ange antal |
| Visstidsanställda | Ange antal |

## Kontaktperson för ansökan

|  |  |
| --- | --- |
| Förnamn, Efternamn  Klicka här för att ange text. | |
| Telefon  Klicka här för att ange text. | E-postadress  Klicka här för att ange text. |

# Tillstånd från Inspektionen för vård och omsorg

|  |  |
| --- | --- |
|  | Företaget har tillstånd av Inspektionen för vård och omsorg att bedriva hemtjänstverksamhet. Kopia på tillståndet är bilagt ansökan. |
|  | Företaget har ännu inte tillstånd av Inspektionen för vård och omsorg att bedriva hemtjänstverksamhet, men ansökan om tillstånd har gjorts. Kopia på bekräftelse av tillståndsansökan är bilagt ansökan. |

# Hemtjänstområden

Företaget avser bedriva hemtjänstverksamhet i följande geografiska hemtjänstområden.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Berget |  | Skobo |
|  | Centrum |  | Söder |
|  | Falkberget |  | Ängaryd |
|  | Junkaremålen |  |  |

# Kapacitetstak

|  |  |
| --- | --- |
|  | Nej, inget kapacitetstak. |
|  | Ja, ange antal timmar/månad. |

# Tilläggstjänster

|  |  |
| --- | --- |
|  | Nej, företaget kommer inte erbjuda dess kunder tilläggstjänster. |
|  | Ja, företaget kommer att erbjuda dess kunder tilläggstjänster: |
|  | Ange vilka. |

# Bifogade handlingar

|  |  |
| --- | --- |
|  | Registreringsbevis från Bolagsverket. |
|  | F-skattesedel. |
|  | Förteckning över referenser, inte äldre än tre år, med uppgift om namn, befattning, telefonnummer och e-postadress. |
|  | Kopia på ansvarsförsäkring (sänds in senast vid start av verksamheten). |
|  | Förteckning över personalens utbildning och erfarenhet. |
|  | Verksamhetsbeskrivning   * Beskrivning av företaget och dess ledning, verksamhetens innehåll samt eventuell profilering (affärsidé). * Beskrivning av hur kompetens och bemanning kommer att säkerställas. * Beskrivning av hur leverantören kommer att bedriva systematiskt kvalitetsarbete inkl. uppföljning och utvärdering. * Finansiell plan för nystartat företag. * Rutin för nyckelhantering. * Rutin för synpunktshantering. * Eventuella underleverantörer och/eller andra samarbetspartners. |

# Underskrift

|  |
| --- |
| Ort och datum  Klicka här för att ange text. |
| Underskrift av behörig företrädare |
| Namnförtydligande  Klicka här för att ange text. |