



MARIESTAD

Ansökan om godkännande för valfrihetssystem, hemvård i Mariestads kommun

Sänds till:
Mariestads kommun
Socialförvaltningen
542 86 Mariestad

Fyll i samtliga uppgifter i nedan angivna fält.

OBS: Originalet ska vara på papper och underskrivet av behörig person/företrädare.

1. Ansökan från	
Företagets/utförarens namn	Organisationsnummer
Adress	Postadress
Telefonnummer	E-postadress
Bankgironummer	Plusgironummer
Webbplats	
Kontaktperson	Kontaktpersonens telefon/mobilnummer

2. Ansökan avser					
Geografisk indelning/etableringsområde. Markera ett av nedanstående två alternativ genom att sätta ett kryss vid respektive ruta. Markera sedan från 2-18, inom vilka områden ansökan avser.					
Vi ansöker om att bedriva verksamhet inom följande:					
<input type="checkbox"/> Alternativ 1 Hjälp i hemmet i ordinärt boende, personlig omvårdnad, serviceinsatser och kommunalt delegerad hemsjukvård					
<input type="checkbox"/> Alternativ 2 Serviceinsatser i ordinärt boende					
<input type="checkbox"/> Omr. 2	<input type="checkbox"/> Omr. 3	<input type="checkbox"/> Omr. 4	<input type="checkbox"/> Omr. 9	<input type="checkbox"/> Omr. 10	<input type="checkbox"/> Omr. 13
<input type="checkbox"/> Omr. 18					

3. Kapacitetstak	
<input type="checkbox"/> Ja _____ tim/mån	<input type="checkbox"/> Nej
4. Tilläggstjänster	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
I de fall utföraren tillhandahåller tilläggstjänster ska detta anges här:	

5. Underlag för kvalificering – krav på utföraren			
Uppfyllelse av samtliga kvalificeringskrav			
Som utförare intygar vi att vi accepterar och uppfyller samtliga kvalificeringskrav under nedanstående punkter i förfrågningsunderlaget			
4.2	Kvalitetskrav	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
4.6	Uppdragets insatser enligt SoL	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
4.10	Genomförandeplan	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
4.11	Förändringar av service- och omvårdnadsbehov eller delegerade HSL-insatser	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
4.12	Tillfälligt utökade behov	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
4.14	När utföraren anlitar annan utförare för att fullfölja sitt uppdrag	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
5	Indelning av kommunen i geografiska områden	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
6.1	På verksamhetsnivå ska utföraren (kvalitet)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
6.2	På individnivå ska utföraren (kvalitet)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
7	Synpunkts- och klagomålshantering	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
8	Anmälan om missförhållanden (Lex Sarah)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
9.3	Delegerad och instruerad kommunal hälso- och sjukvård	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
9.4	Beställning/ordination	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
9.6	Anmälan om avvikelser	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
9.7	Fallprevention	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
10	Dokumentation	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
10.2	Ett ärendes upphörande	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
11.1	Verksamhetsansvarig	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
11.3	Lagar och avtal	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
11.4	Tystnads- och anmälningsplikt, yttrande- och meddelarfrihet	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
12.1	Socialnämnden har rätt till insyn	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej

5. Underlag för kvalificering – krav på utföraren (forts.)			
12.2	Uppföljning av verksamhet	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
13.1	Ansvar för utskrivningsklar brukare	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
13.3	Anlitande av tolk	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
13.4	Nyckelhantering	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
13.5	När en brukare inte är anträffbar	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
13.6	Störningar	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
14.1	Information	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
14.4	Tilläggstjänster	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej

6. Handlingar			
Bifogade handlingar			
Det ska finnas bilagor till samtliga nedanstående punkter, de ska vara numrerade och det ska finnas tydliga och utförliga beskrivningar i varje bilaga. Det ska tydligt framgå av bilagorna att företaget uppfyller ställda krav inom respektive qmråde.			
Blankett SKV 4820 ifylld av Skatteverket eller motsvarande	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	Bilaga nr:
Registreringsbevis från Bolagsverket eller motsvarande	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	Bilaga nr:
Kopior på ansvars- och allriskförsäkring	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	Bilaga nr:
F-skattesedel eller motsvarande	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	Bilaga nr:
Ekonomisk och finansiell ställning	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	Bilaga nr:
Underleverantör (ange de underleverantörer som avses användas)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	Bilaga nr:
Referenser från liknande uppdrag	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	Bilaga nr:

7. Redogörelse av utföraren			
Presentation av företaget och dess ledning.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	Bilaga nr:
Beskrivning av verksamhetsidé, verksamhetens innehåll och mål samt eventuell profilering.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	Bilaga nr:
Beskrivning av ledningssystem för kvalitet samt hur vi som utförare arbetar med kvalitetsfrågor.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	Bilaga nr:
Beskrivning av hur vi som utförare jobbar med personal, kompetens/utbildningsnivå rekrytering och kompetensutveckling.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	Bilaga nr:

8. Sanningsförsäkran

- Inte är i konkurs eller likvidation, eller är under tvångsförvaltning eller är föremål för ackord eller annat liknande förfarande eller tills vidare inställt sina betalningar eller är underkastad näringsförbud.
- Inte är föremål för ansökan om konkurs, tvångslikvidation, tvångsförvaltning, ackord eller liknande förfarande.
- Inte är dömd för brott avseende yrkesutövningen enligt lagvunnen dom.
- Inte har gjort sig skyldig till allvarligt fel i yrkesutövningen.
- Har fullgjort sina åtaganden avseende socialförsäkringsavgifter eller skatt i hemlandet eller annan stat inom ESS-området.

Jag som behörig företrädare intygar genom min underskrift under punkt 11 "Underskrift" att det företag/utförare som anges på sidan 1 i detta dokument och/eller dess företrädare **inte** bryter mot något av ovanstående, enligt Sanningsförsäkran enligt 7 kap., 1-2 § § LOV.

Ja, inte brutit

Nej, bryter

9. Referenser

Referenserna måste vara vidtalade och det får inte vara personer som är anställda i företaget eller på annat sätt står i beroendeställning till företrädaren/företaget. 2-3 referenser från liknande uppdrag, ej mer än 5 år gamla. Det ska tydligt framgå vilken typ av uppdrag företaget har/hade t.ex. utförare av hemtjänst 2006-01, uppdragsgivare t.ex. Mariestads kommun, kontaktperson med fullständig e-postadress och telefonnummer till referenten. Om referenserna vägrar lämna referenser på företaget eller inte går att nå vare sig per e-post eller telefon kommer ansökan att avslås.

Uppdrag och årtal	Uppdragsgivare	Bilaga nr:
Kontaktperson och titel	e-post	Telefonnummer

Uppdrag och årtal	Uppdragsgivare	Bilaga nr:
Kontaktperson och titel	e-post	Telefonnummer

Uppdrag och årtal	Uppdragsgivare	Bilaga nr:
Kontaktperson och titel	e-post	Telefonnummer

10. Godkännande av villkor

Vi som utförare accepterat angivna villkor i förfrågningsunderlaget enligt rubrikerna nedan:

Uppdragsbeskrivning (enligt punkterna 4, 5, 13 i förfrågningsunderlaget) <small>Accepterar angivna villkor</small>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Administrativa bestämmelser (enligt punkterna 1, 2, 11, 14 i förfrågningsunderlaget) <small>Accepterar angivna villkor</small>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Kvalitetskrav på utföraren (enligt punkterna 6, 7, 8, 9, 10, 12 i förfrågningsunderlaget) <small>Accepterar angivna villkor</small>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Kommersiella villkor (enligt punkten 3 i förfrågningsunderlaget) <small>Accepterar angivna villkor</small>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej

11. Underskrift

Med nedanstående underskrift intygar jag att uppgifterna i ovanstående dokument är aktuella, sanningsenliga och korrekta. Denna underskrift gäller samtliga sidor i detta ansökningsformulär.

För företag

Ort och datum

Underskrift av behörig företrädare

Namnförtydligande

Befattning