

Ansökan om att bedriva hemtjänst i Gnosjö kommun enligt LOV

| | | |
|--------------------|-----|----------------------------------|
| Företagsnamn/Namn | | Organisationsnummer/personnummer |
| Gatuadress | | Bankgiro/Pluskonto |
| Postnummer och ort | | |
| Telefonnummer | Fax | E-post |

| | | |
|--|-------|--------|
| Företagsform <input type="checkbox"/> Aktieföretag <input type="checkbox"/> Handelsbolag <input type="checkbox"/> Kommanditbolag <input type="checkbox"/> Ekonomisk förening <input type="checkbox"/> Enskild firma | | |
| Huvudman/ägare | | |
| Verksamhetsansvarig | | |
| Telefonnummer | Mobil | E-post |

Omfattning

Jag/vi ansöker om att bli godkänd som utförare av insatser inom följande (sätt endast ett kryss):

- Serviceinsatser
Städning, inköp/övriga ärenden, tvätt/klädvård, ledsagning
- Service-/omvårdnadsinsatser
Städning, inköp/övriga ärenden, tvätt/klädvård, ledsagning
Personlig omvårdnad, hjälp vid måltider, egenvård, trygghetsbesök, sociala aktiviteter/ledsagning samt av legitimerad personal delegerade och ordinerade hälso- och sjukvårdsinsatser

Önskat startdatum: _____

Geografiskt område

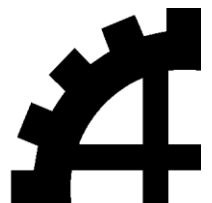
- Hela kommunen
- Område Gnosjö
- Område Hillerstorp

Kapacitetsbegränsning

Ange om du/ni vill begränsa ert åtagande av biståndsbedömda timmar per månad.

- Ingen kapacitetsbegränsning
- Maximalt _____ biståndsbedömda timmar per månad

Eventuella tilläggstjänster



Följande handlingar/kopior ska bifogas tillsammans med detta formulär för ansökan om avtal:

- | | |
|---|----------------|
| <input type="checkbox"/> Registreringsbevis från Bolagsverket | Bilaga nr ____ |
| <input type="checkbox"/> Svarsblankett SKV 4820 | Bilaga nr ____ |
| <input type="checkbox"/> Försäkringskopior | Bilaga nr ____ |
| <input type="checkbox"/> Bokslut/Ekonomisk redovisning (senaste)/alternativt affärsplan | Bilaga nr ____ |
| <input type="checkbox"/> Kopia F-skattesedel | Bilaga nr ____ |
| <input type="checkbox"/> Betygskopia som styrker utbildning för verksamhetschef/verksamhetsansvarig | Bilaga nr ____ |
| <input type="checkbox"/> Information om utföraren | Bilaga nr ____ |
| <input type="checkbox"/> Dokumentation som styrker förfrågningsunderlagets Skall krav | Bilaga nr ____ |

Underskrift

Ort och datum

Underskrift av företrädare

Ansökan märkt "Ansökan Hemtjänstval" skickas till

Socialförvaltningen

Bengt Andersson

Järnvägsgatan 49

335 32 GNOSJÖ

