

BILAG 1: ANMODNINGSSKEMA

Dette anmodningsskema skal anvendes af private firmaer, der ønsker at blive godkendt som leverandør af personlig pleje og praktisk hjælp i Gribskov Kommune. Det udfyldte og underskrevne anmodningsskema samt eventuelle bilag sendes elektronisk til: socialogsundhed@gribskov.dk med teksten "Anmodning om godkendelse som fritvalgsleverandør" i emnefeltet. Godkendelsesprocessen er beskrevet i bilag 2 "Godkendelsesmodellen".

OPLYSNINGER OM VIRKSOMHEDEN	
Virksomhedens navn og selskabsform:	
CVR. nummer:	
Ansvarsperson/kontraktunderskriver	
Ejerskab	
Virksomhedens adresse, postnummer og by	
Telefon	
E-mail	
Hjemmeside	
Kontaktperson (navn, telefon, mail)	
Kontaktperson vedr. IT	
ØKONOMISKE KRAV – nøgletal angives i DKK ekskl. moms	
Ansøger erklærer hermed på tro og love, at virksomheden ikke har ubetalt, forfalden gæld til det offentlige, der overstiger 50.000 kr.: (sæt kryds)	
Virksomhedens etableringsår:	
Regnskabsår 1 (angiv årstal):	
Nettoomsætning:	
Egenkapital:	
Egenkapitals andel af samlede aktiver:	
Regnskabsår 2 (angiv årstal):	
Nettoomsætning:	
Egenkapital:	
Egenkapitals andel af samlede aktiver:	

Regnskabsår 3 - senest afsluttede regnskabsår (angiv årstal)					
Nettoomsætning:					
Egenkapital:					
Egenkapitals andel af samlede aktiver:					
Omsætning inden for det ansøgte område:					
Ansøgers eventuelle bemærkninger herunder angivelse af bilag (såfremt der kræves mere plads end feltet tillader, indsendes tekst i bilag)					
Forsikringsforhold: Undertegnede fritvalgsleverandør erklærer hermed, at virksomheden har tegnet de lovpligtige og nødvendige forsikringer, der sikrer medarbejderne og Kommunen mod skader og andet tab opstået ved leverandørens og dennes medarbejders handlinger eller undladelser. Fritvalgsleverandøren er erstatningspligtig efter dansk rets almindelige regler for de skader og tab, denne eller medarbejdere måtte påføre myndigheden. (sæt kryds)	Der henvises til efterfølgende policenummer for disse forsikringer:				
	<table border="1"> <tr> <td>Forsikringsnavn</td> <td>Policenummer</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	Forsikringsnavn	Policenummer		
	Forsikringsnavn	Policenummer			
<table border="1"> <tr> <td>Forsikringsnavn</td> <td>Policenummer</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	Forsikringsnavn	Policenummer			
Forsikringsnavn	Policenummer				
<table border="1"> <tr> <td>Forsikringsnavn</td> <td>Policenummer</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	Forsikringsnavn	Policenummer			
Forsikringsnavn	Policenummer				
Ansøger indestår herved personligt for rigtigheden af ovennævnte oplysninger og erklærer samtidig, at virksomhedens årsregnskaber for de pågældende år er forsynet med revisionserklæring uden væsentlige forbehold, og at virksomhedens økonomi efter aflæggelse af det seneste årsregnskab ikke har ændret sig væsentligt i ugunstig retning. Såfremt ansøger bliver godkendt som leverandør, forpligter ansøger sig endvidere til at indsende revideret regnskab til Gribskov Kommune en gang årligt i kontraktperioden (sæt kryds)					
Ansøger samtykker hermed i, at ovennævnte oplysninger kan og må kontrolleres af Gribskov Kommune ved henvendelse til SKAT (sæt kryds)					
FASTANSATTE MEDARBEJDERE (angiv antal årsværk, ingen=0)					
Social- og Sundhedshjælper (SSH):					
Social- og Sundhedsassistent (SSA):					
Fysioterapeut:					
Ergoterapeut:					
Sygeplejerske:					

REFERENCER (angiv minimum én reference på lignende opgave)					
	Kunde	Opgavebeskrivelse	Kontraktsum	Kontraktperiode	Kontaktperson (navn, telefon)
1					
2					
3					
4					
Gribskov Kommune forholder sig ret til at kontakte ovennævnte kontaktpersoner med henblik på at kontrollere oplysningernes korrekthed					
VÆRDIER OG VISIONER					
<p>Værdigrundlag: <i>Beskriv kort, hvordan virksomheden vil arbejde med at nå Gribskov Kommunes værdier og visioner for hjemmeplejen.</i></p> <p>Skriv:</p>					
KVALITETSSIKRING					
<p>Egenkontrol: <i>Beskriv, hvordan egenkontrol føres, på hvilke områder og hvor ofte (denne beskrivelse danner baggrund for kvalitetsopfølgningen, hvis leverandøren godkendes).</i></p> <p>Skriv:</p>					

Journalaudits og opfølgning på dokumentation: *Beskriv, hvordan dette gennemføres og hvor ofte (denne beskrivelse danner bl.a. baggrund for kvalitetsopfølgningen, hvis leverandøren godkendes).*

Skriv:

Kvalitetsforbedring og organisering: *Beskriv virksomhedens kvalitetsforbedringsorganisation – herunder hvilke områder virksomheden udpeger særligt ansvarlige til (denne beskrivelse danner bl.a. baggrund for kvalitetsopfølgningen, hvis leverandøren godkendes).*

Skriv:

Tværgående ledelsesdialog: *Beskriv, hvordan virksomhedens ledere sikres mulighed for dialog, sparring og erfaringsudveksling (denne beskrivelse danner bl.a. baggrund for kvalitetsopfølgningen, hvis leverandøren godkendes).*

Skriv:

Dokumentation og arbejdsgange: *Beskriv, hvordan virksomheden vil sikre, at der er nedskrevne arbejdsgange på alle områder samt sikre opfølgning herpå (denne beskrivelse danner bl.a. baggrund for kvalitetsopfølgningen, hvis leverandøren godkendes).*

Skriv:

Utilsigtede hændelser (UTH): *Beskriv, hvordan der følges op på utilsigtede hændelser iht. Kommunens patientsikkerhedsorganisering jf. bilag 4.*

Skriv:

Kompetencer: *Beskriv, hvordan virksomheden vil sikre, at personalet til enhver tid har de nødvendige kompetencer til at udføre de opgaver, de skal (denne beskrivelse danner bl.a. baggrund for kvalitetsopfølgningen, hvis leverandøren godkendes).*

Skriv:

Hygiejne: *Beskriv, hvordan virksomheden sikrer, at der arbejdes ud fra de nationalt fastsatte principper og retningslinjer, samt hvordan der måles og følges op på implementeringen (denne beskrivelse samt de nationale retningslinjer danner bl.a. baggrund for kvalitetsopfølgningen, hvis leverandøren godkendes).*

Skriv:

Borgertilfredshed: *Beskriv, hvordan virksomheden vil følge op på borgernes tilfredshed med de leverede ydelser (denne beskrivelse danner bl.a. baggrund for kvalitetsopfølgningen, hvis leverandøren godkendes).*

Skriv:

SAMARBEJDE

Samarbejde mellem leverandører: *Beskriv, hvordan virksomheden vil sikre samarbejdet på tværs af leverandører (f.eks. hjemmesygeplejen, hjælpemiddelområdet, genoptræningsområdet, hospitaler, almenpraksis, andre hjemmeplejeleverandører o.l.) og sikre sømfri overgange (denne beskrivelse danner bl.a. baggrund for kvalitetsopfølgningen, hvis leverandøren godkendes).*

Skriv:

Samarbejde med frivillige: *Beskriv, hvordan virksomheden vil samarbejde med frivilligområdet og skabe forbindelse mellem borger og frivillig for borgere, der ønsker styrkede sociale relationer og at forebygge ensomhed (denne beskrivelse danner bl.a. baggrund for kvalitetsopfølgningen, hvis leverandøren godkendes).*

Skriv:

Undertegnede bekræfter hermed rigtigheden af alle ovennævnte oplysninger

Dato (dd-mm-åå): _____

Navn: _____

Underskrift: _____