

Ansökan om förändring av kapacitetstak, geografiskt område eller uppdragets omfattning

Information – förändring av kapacitetstak

Om utförare vill höja eller sänka sitt kapacitetstak kan detta ske genom anmälan till kommunen på denna blankett. Vid utökning av kapaciteten träder det nya kapacitetstaket i kraft vid det första månadsskiftet 30 dagar efter anmälan. Vid minskning av kapaciteten träder det nya kapacitetstaket i kraft vid första månadsskiftet 60 dagar efter anmälan.

Exempel: Anmälan om utökning av kapacitetstak som inkommer till kommunen den 15 maj träder i kraft den 1 juli.

Information – förändring av geografiskt etableringsområde

Utförare kan under avtalstiden ändra sina geografiska etableringsområden genom att anmäla detta till kommunen på denna blankett. Vid utökning av de geografiska områdena träder förändringen i kraft vid första månadsskiftet 30 dagar efter anmälan. Vid minskning av de geografiska områdena träder förändringen i kraft vid första månadsskiftet efter anmälan.

Exempel: Anmälan om utökning av kapacitetstak som inkommer till kommunen den 15 maj träder i kraft den 1 juli.

OBS! Av kommunen godkänd anmälan om förändring, ses blanketten som en skriftlig ändring av avtalet ”Avtalet för bedrivande av hemvård” i de delar där kapacitetstak, geografiskt etableringsområde eller uppdragets omfattning regleras.

1. Uppgifter om företag

Företagets namn*:	Organisationsnummer*:
Utdelningsadress* (gata, box):	
Postnummer*:	Postadress*:
Telefon*: (även riktnummer):	Hemsida:
E-postadress*:	

Uppgifter märkta med* är ett krav för att ansökan om förändring skall kunna behandlas

2. Förändringen avser

<input type="checkbox"/> Kapacitetstak	<input type="checkbox"/> Sänkning <input type="checkbox"/> Höjning	Från totalt (timmar per månad)	Till totalt (timmar per månad)
--	---	--------------------------------	--------------------------------

<input type="checkbox"/> Geografiskt etableringsområde	<input type="checkbox"/> Utökning till <input type="checkbox"/> Minskning till	<input type="checkbox"/> Område 1 – hela kommunen <input type="checkbox"/> Område 2 – norr <input type="checkbox"/> Område 3 – söder	
--	---	--	--

Ansökan avser

- Service
- Personlig omvårdnad med delegerade hälso- och sjukvårdsuppgifter
- Service och personlig omvårdnad med delegerade hälso- och sjukvårdsuppgifter

3. Underskrift

Vi försäkrar att lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga, samt förbinder oss att så snart någon förändring av ovanstående uppgifter inträffar, skriftligen meddela detta.

Ort och datum:	Ort och datum:
Underskrift (behörig företrädare):	Underskrift (verksamhetsansvarig):
Namnförtydligande:	Namnförtydligande:

Ifylles av kommunen

Bekräftelse

- Ansökan om förändringen är godkänd och träder ikraft för:
- Ansökan om förändringen är ej fullständig

<input type="checkbox"/> Nytt kapacitetstak	den.....
<input type="checkbox"/> Nytt geografiskt etableringsområde	den.....

Ort och datum:
Underskrift:
Namnförtydligande: