

Bilag 1

Anmodningsskema til

leverandøren af

praktisk hjælp, som ønsker

at blive godkendt til

levering af hjemmepleje

i Greve Kommune

Godkendelsesmodellen

Fra 1. november 2021

Dette anmodningsskema skal anvendes af private leverandører, der ønsker at blive godkendt som frit valgs leverandør i Greve Kommune til praktisk hjælp.

Det udfyldte og underskrevne anmodningsskema, de 3 seneste godkendte årsregnskaber samt eventuelle bilag sendes elektronisk til:

Sundhedogpleje@greve.dk med teksten ”Anmodning om godkendelse som frit valgs leverandør” i emnefeltet.

|  |  |
| --- | --- |
| **OPLYSNINGER OM ANSØGER** | |
| Virksomhedens navn |  |
| Virksomhedens selskabsform og ejerskab |  |
| CVR. nummer |  |
| Virksomhedens adresse, postnummer og by |  |
| Telefon |  |
| E-mail |  |
| Hjemmeside |  |
| Kontraktunderskriver (navn, telefon, mail) |  |
| Kontaktperson daglig drift (navn, telefon, mail) |  |
| Kontaktperson vedr. IT (navn, telefon, mail) |  |

| **ØKONOMISKE KRAV** | | |
| --- | --- | --- |
| 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 etablerings år: |  | |
| **Regnskabsår 1**  **(seneste regnskabsår, angiv årstal)** |  | |
| Nettoomsætning, DKK ekskl. moms |  | |
| Egenkapital, DKK ekskl. moms |  | |
| Afkastningsgrad, procent |  | |
| Likviditetsgrad, procent |  | |
| Soliditetsgrad, procent |  | |
| **Regnskabsår 2**  **(2. sidste regnskabsår, angiv årstal)** |  | |
| Nettoomsætning, DKK ekskl. moms |  | |
| Egenkapital, DKK ekskl. moms |  | |
| Afkastningsgrad, procent |  | |
| Likviditetsgrad, procent |  | |
| Soliditetsgrad, procent |  | |
| **Regnskabsår 3**  **(3. sidste regnskabsår, angiv årstal)** |  | |
| Nettoomsætning, DKK ekskl. moms |  | |
| Egenkapital, DKK ekskl. moms |  | |
| Afkastningsgrad, procent |  | |
| Likviditetsgrad, procent |  | |
| Soliditetsgrad, procent |  | |
| **Ansøgers eventuelle bemærkninger til de økonomiske krav, herunder angivelse af bilag.**    Såfremt der kræves mere plads, end feltet tillader, indsendes tekst i bilag. |  | |
| **Forsikringsforhold**  Ansøger erklærer hermed, at virksomheden har tegnet de lovpligtige og nødvendige forsikringer, der sikrer medarbejderne og Greve Kommune mod skader og andet tab opstået ved leverandørens og dennes medarbejderes handlinger eller undladelser.  Leverandøren er erstatningspligtig efter dansk rets almindelige regler for de skader og tab, denne eller dennes medarbejdere måtte påføre myndigheden. (sæt kryds) | Ansøger har tegnet følgende forsikringer og kan forevise dokumentation for deres gyldighed: | |
| Forsikringsnavn | Policenummer |
| Forsikringsnavn | Policenummer |
| Forsikringsnavn | Policenummer |

|  |
| --- |
| **BERIGTIGELSE AF OPLYSNINGER** |
| 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 frit valgs leverandør i Greve Kommune, forpligter ansøger sig endvidere til at indsende revideret regnskab til Greve Kommune en gang årligt i aftaleperioden. (sæt kryds) |
| Ansøger samtykker hermed i, at afgivne oplysninger kan og må kontrolleres af Greve Kommune ved henvendelse til SKAT. (sæt kryds) |

|  |  |
| --- | --- |
| **FASTANSATTE MEDARBEJDERE (angiv antal årsværk, ingen angivet = 0)** | |
| Social- og Sundhedshjælper (SSH) |  |
| Social- og Sundhedsassistent (SSA) |  |
| Fysioterapeut |  |
| Ergoterapeut |  |
| Sygeplejerske |  |
| Ufaglærte |  |
| Andre faggrupper – oplys faggrupper og antal |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **REFERENCER** (angiv minimum én reference, hvor ansøger har indgået tilsvarende aftale med en kommune) | | | | | |
|  | Kunde | Opgavebeskrivelse | Kontraktsum hele perioden | Kontrakt-/aftaleperiode – oplys start- og sluttidspunkt | Kontaktperson (navn, telefon) |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| Greve Kommune forbeholder sig ret til at kontakte ovennævnte kontaktperson(er) med henblik på at kontrollere oplysningernes rigtighed. | | | | | |

|  |
| --- |
| **BRUG AF UNDERLEVERANDØR** |
| Ansøger benytter underleverandør(er) for at levere hjemmepleje i form af praktisk hjælp jf. beskrivelse i anmodningsmaterialet (bilag 2 og 3).  Besvar med ja eller nej:  Hvis ja, oplys for alle:  Navn på virksomhed:  CVR. nr.:  Adresse, postnummer og by:  Navn på ejer: |

|  |
| --- |
| **Praktisk hjælp** |
| ***Værdig hjemmepleje:*** *Beskriv kort, hvordan ansøger vil sikre, at den praktiske hjælp foregår på en værdig måde med et højt fagligt niveau.*  Skriv: |

| **KVALITETSSIKRING** |
| --- |
| ***Egenkontrol:*** *Beskriv, hvordan egenkontrol udføres, på hvilke områder og hvor ofte (denne beskrivelse danner bl.a. baggrund for kvalitetsopfølgningen, hvis ansøger godkendes som leverandør).*  Skriv: |
| ***Dokumentation og arbejdsgange:*** *Beskriv, hvordan det sikres, at Greve Kommunes gældende og for aftalen relevante arbejdsgange bliver efterlevet samt hvordan virksomheden sikrer opfølgning herpå (denne beskrivelse danner bl.a. baggrund for kvalitetsopfølgningen, hvis ansøger godkendes som leverandør).*    Skriv: |
| ***Kompetencer:*** *Beskriv hvordan det sikres, at medarbejderne til enhver tid har de nødvendige kompetencer til at udføre de visiterede indsatser jf. aftalen (denne beskrivelse danner bl.a. baggrund for kvalitetsopfølgningen, hvis ansøger godkendes som leverandør).*    Skriv: |
| ***Hygiejne:*** *Beskriv hvordan det sikres, at der arbejdes med afsæt i de nationalt fastsatte principper og retningslinjer (denne beskrivelse samt de nationale retningslinjer danner bl.a. baggrund for kvalitetsopfølgningen, hvis ansøger bliver godkendt leverandør).*    Skriv: |

| **SAMARBEJDE** |
| --- |
| ***Samarbejde med myndighed:*** *Beskriv, hvordan ansøger vil sikre det gode samarbejde med Greve Kommunes Myndighed (denne beskrivelse danner bl.a. baggrund for kvalitetsopfølgningen, hvis ansøger bliver godkendt som leverandør).*  Skriv: |
| ***Samarbejde med offentlige aktører:*** *Beskriv, hvordan ansøger vil sikre det gode samarbejde på tværs af leverandører (f.eks. hjemmesygeplejen, træningsområdet, hospitaler, almenpraksis, andre hjemmeplejeleverandører o.l.) og sikre den gode overgang (denne beskrivelse danner bl.a. baggrund for kvalitetsopfølgningen, hvis ansøger bliver godkendt som leverandør).*  Skriv: |

Undertegnede bekræfter hermed rigtigheden af alle ovennævnte oplysninger.

Dato (dd-mm-åå):

Navn:

Titel:

Underskrift: