



## Kehitysvammaisten asumispalvelut

Kirjoittakaa vastaus sille varattuun tilaan. Kaikki tiedot käsitellään luottamuksellisesti.

**Hakemuksia otetaan vastaan jatkuvasti** ja se toimitetaan viimeisellä sivulla olevaan osoitteeseen.

|   |  |
|---|--|
| Palveluntuottajan nimi:   |  |
| Palveluntuottajan kotikunta (alleviivataan) ja mahdolliset muut toimintakunnat: |  |
| Y-tunnus:   |  |
| Osoite:   |  |
| Puhelin/fax:  |  |
| E-mail:   |  |
| Johtaja/vastuhenkilö ja ammattikoulutus:  |  |
| Perustamisvuosi/toiminnan aloitusvuosi:   |  |
| Toimintayksikön nimi:   |  |
| Toimintayksikön osoite:   |  |
| Toimintayksikön puhelinnumero:  |  |
| Toimintayksikön sähköpostiosoite:   |  |



## Palvelun hintatiedot

Palveluntuottajan tässä ilmoittamien hintojen muuttaminen tulee tehdä vuosittain kirjallisesti 30.6. mennessä Forssan seudun hyvinvointikuntayhtymälle erillisellä hinnanmuutosilmoituksella. Uudet hinnat tulevat voimaan seuraavan vuoden alussa. Hinnat julkaistaan palveluntuottajarekisterissä.

| Palvelu   | Hinta |
|---|-------|
| Kehitysvammaisten asumispalvelut. Hinnat on määriteltä tarkemmin palvelusetelisääntökirjan palvelukohtaisessa osiossa. <b>Ilmoita hinnat €/vrk.</b> |       |
| Vuokra (sis. veden ja sähkön), €/kk<br>Ateriapaketti (aamiainen, lounas, välipala, päivällinen, iltapala) €/vrk                                     |       |

### Liitteet, jotka on toimitettava hakemuksen yhteydessä (enintään kolme [3] kuukautta vanhat asiakirjat):

1. Veroviranomaisen todistus verojen maksamisesta tai verovelkatodistus ja selvitys siitä, että verovelkaa koskeva viranomaisen hyväksymä maksusuunnitelma on tehty.
2. Vakuutusyhtiön todistus potilasvahinkolain tai muun riittävän vastuuvakuutuksen voimassa olosta.
3. Todistus lakisääteisistä vakuutusmaksuista (YEL, TYEL, tapaturmavakuutus).
4. Kopio toimiluvasta /ilmoituksen rekisteröinnistä.
5. Henkilöstöluettelo.

### Lisäksi hakemukseen on liitettävä palvelukohtaiset liitteet:

1. Omavalvontasuunnitelma
2. Lääkehoitosuunnitelma: koskee niitä palvelusetelipalveluja, joiden sisältöön lääkehoito kuuluu
3. Selvitys käytetyistä alihankkijoista

**Annan luvan yritystäni koskevien tietojen tarkistamiseen** Kyllä Ei

Palveluntuottajan tulee laatia vuosittain **toimintakertomus**, joka sisältää myös keskeisten laatutavoitteiden toteutumisen, tilinpäätöstiedot, omavalvontasuunnitelman, lääkehoitosuunnitelman sekä tiedot henkilökunnasta, sen koulutuksesta ja määrästä sekä kuvauksen siitä, miten henkilöstö pitää yllä ammattitaitoaan. Toimintakertomus tulee toimittaa kuntayhtymään vuosittain edellisen vuoden osalta **28.2. mennessä**.

Palveluntuottaja voidaan irtisanoa eli poistaa rekisteristä, mikäli tuottajan toiminta on vaatimusten tai ohjeistuksen vastaista.

Allekirjoituksellaan palveluntuottajan vastuuhenkilö vakuuttaa tässä hakemuksessa annetut tiedot oikeiksi. Palveluntuottaja sitoutuu noudattamaan ajankohtaista lainsäädäntöä ja täyttää palveluntuottajalle asetetut vaatimukset. **Palveluntuottaja on lukenut, hyväksyy ja sitoutuu noudattamaan Forssan seudun hyvinvointikuntayhtymän voimassa olevaa kehitysvammaisten asumispalveluja koskevaa palvelusetelisääntökirjaa.**

Paikka ja aika \_\_\_\_\_

Allekirjoitus ja nimenselvennys \_\_\_\_\_

**Jos yrityksenne hyväksytään palveluseteliyrittäjäksi, tietonne lisätään palveluseteliyrittäjien rekisteriin. Pyydämme liittämään hakemukseen esitteenne.**

**Lisätiedustelut:** palvelualuejohtaja, puh. 03 4191 6030

**Hakemuksen palautus:**

Forssan seudun hyvinvointikuntayhtymä  
Yhtymähallinto  
PL 42  
30101 FORSSA

Kuoreen merkintä ” Kehitysvammaisten asumispalvelut/ palveluseteli”