



HAKEMUS PALVELUSETELITUOTTAJAKSI KEHITYSVAMMAISTEN ASUMISPALVELUIHIN

Vastausohje: Kirjoittakaa vastaus sille varattuun tilaan. Kaikki tiedot käsitellään luottamuksellisesti.

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

Perustiedot palveluntuottajasta
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 määritelty tarkemmin palvelusetelisääntökirjan palvelukohtaisessa osiossa. Ilmoita hinnat €/vrk.	
Vuokra (sis. veden ja sähkön), €/kk	

Forssan seudun hyvinvointikuntayhtymä
PL 42, 30101 FORSSA
Käyntiosoite: Urheilukentänkatu 9, 30100 FORSSA

Puh. 03 419 11
Telekopio 03 422 1166
Y-tunnus 0214295-0
OKOYFIHH FI31 5025 0220 0112 25
DABAFIHH FI97 8000 1700 9044 94

**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 voimassaolosta.
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 vai FSHKY:n ylläpitämään julkiseen luetteloon. Pyydämme liittämään hakemukseen esitteenne.

Lisätiedustelut: palvelualuejohtaja, p. (03) 4191 6030

Hakemuksen palautus:

Forssan seudun hyvinvointikuntayhtymä

Yhtymähallinto

PL 42

30101 FORSSA

Kuoreen merkintä ” Kehitysvammaisten asumispalvelut/ palveluseteli”