



**Ansökan om tillstånd att bedriva
sysselsättning för psykiskt
funktionshindrad enligt LOV**

Kontaktuppgifter:

Företagsnamn/gruppens namn	Gatuadress	Postnummer/Postadress
Organisationsnummer	Huvudman/ägare	
E-postadress	Driftsform	Bankgiro/plusgiro
Verksamhetschef/ansvarig	Telefon verksamhetschef/ansvarig	Mobil verksamhetschef/ansvarig

Följande handlingar/kopior skall bifogas:

<input type="checkbox"/> F-skattesedel <input type="checkbox"/> Registreringsbevis <input type="checkbox"/> SKV 4820 W	<input type="checkbox"/> Kvalitetsledningssystem SOL	<input type="checkbox"/> Ansvarsförsäkring <input type="checkbox"/> Övriga bilagor
--	---	---

Företagsupplysningar:

Utförarens huvudsakliga sysselsättning och verksamhetsprofil:
Utförarens ägarstruktur och organisation
Antal anställda och anställningsformer
Kort beskrivning av organisationens lämplighet för uppdragets utförande

Kapacitetstak

Utföraren kan ange ett kapacitetstak i timmar per vecka totalt
--

Vi åtar oss att inom ramen utföra följande sysselsättning

Kort beskriv av vad arbetet med brukarna kommer att innefatta:
--

Bekräftelse att samtliga krav i förfrågningsunderlaget (B.1-B.6) uppfylls

Alla krav uppfylls

Ja Nej

Vi har tagit del av Falkenbergs kommuns förfrågningsunderlag för Sysselsättning för psykisk funktionshindrad enligt Lagen om valfrihetssystem och förbinder oss att arbeta enligt detta.

Underskrift

.....
Ort och datum

.....
Underskrift, sökandens företrädare

.....
Namnförtydligande

Ansökan skickas, i dubbla kuvert, märkt "Ansökan LOV " till:

Falkenbergs kommun

Socialförvaltningen

Kvalitets- och utredningsavdelningen

311 80 Falkenberg