# Ansökan om Vårdval Fysioterapi

## Sökande (Vårdgivaren)

*Namn på företag* ska vara kopplat till organisationsnumret (bolagsnamn).

Med *Namn på vårdenhet* avses medicinskt ansvarig enhet och syns i journalen.

*Namn på vårdande* enhet är mottagningens namn och det namn som syns på 1177.se samt i journalen. Är därtill remissmottagare i Cosmics enhetsregister. Namnet bör inledas med *Fysioterapimottagningen*.

Privata vårdgivare kan ha egen namnstandard på bolagsnamn. Benämningen på medicinskt ansvarig enhet, MAE (vårdenhet) och vårdande enhet bör följa regionens riktlinjer.

|  |  |
| --- | --- |
| Namn på företag/organisation: |  |
| Namn på vårdenhet\*: |  |
| Namn på vårdande enhet\*: |  |
| Besöksadress: |  |
| Postadress: |  |
| Postnummer och Ort |  |
| Organisationsnummer: |  |
| **Namn på kontaktperson för ansökan** |  |
| Telefon (direkt och mobil) |  |
| E-postadress: |  |

## \* Namn på vårdenhet samt vårdande enhet behöver inte anges i ansökningsskedet. Förslag på namn kan tas fram i samråd med regionen efter att ansökan inkommit.

## Lokalisering

Ange adress i Värmlands län där mottagningen/verksamheten avses bedrivas.

|  |  |
| --- | --- |
| Besöksadress |  |
| Postadress |  |
| Postnummer |  |
| Ort |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Mottagningen** | Ja | Nej |
| Lokalen är färdig att tas i drift |  |  |
| Om nej, när beräknas den bli det? |  | |
| Lokalen är inspekterad och uppfyller krav på tillgänglighet och vårdhygien. |  |  |
| Om nej, redovisa i bilaga vad som återstår och när det kommer att åtgärdas. |  | |

## Beräknad driftstart

Ange datum för när verksamheten planeras att börja (Observera att detta datum är ett önskemål, driftstartsdatum fastställs tillsammans med Region Värmland).

|  |
| --- |
| Datum |
|  |

Beskriv hur planeringen för driftstart ser ut

|  |
| --- |
|  |

*Övrig information*

|  |
| --- |
|  |

## Beskrivning av hur verksamheten avses komma att bedrivas.

Sökanden ska här lämna en beskrivning av hur verksamheten avses komma att bedrivas.

|  |
| --- |
|  |

## Följande punkter ska särskilt beskrivas.

Beskriv organisation, lokaler och huvudsaklig utrustning för att utföra uppdraget.

|  |
| --- |
|  |

# Bemanning

Vårdgivaren ska här redovisa hur verksamheten kommer att bemannas med omfattning av personal och kompetens motsvarande de krav för att utföra åtagandet, som beskrivs i uppdraget.

Ange mottagningens bemanning omräknat till antal heltidsbefattningar. Vårdgivarens bemanning ska specificeras i separat bilaga.

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Fysioterapeut** |
| Bemanning omräknat till antal heltidsbefattningar |  |
| Antal personal med klinisk erfarenhet i öppenvård > 3 år under de senaste 5 åren |  |

Verksamhetschef

Den sökande ska här redovisa hur verksamhetschef kommer att rekryteras. Om det vid ansökan är klart vem som ska bli verksamhetschef anges namn och erfarenheter här (kan vara samma individ som den sökande).

|  |
| --- |
|  |

# Bilagor till ansökan

Sökanden ska till ansökan bifoga följande handlingar:

* Meritförteckning samt kopior av legitimation av sökandens samtliga personal
* Bilaga med redovisning av vårdgivarens bemanning
* Inventeringslista som visar att lokalen uppfyller krav på tillgänglighet.
* Bygglov för att använda de lokaler den sökanden tänker bedriva sin verksamhet i för den avsedda verksamheten.
* Vårdgivare som har ett **nystartat** företag eller ett företag under bildande ska bifoga dokumentation som visar att företaget har en stabil ekonomisk bas genom att redovisa aktiekapital eller andra tillgångar, eller på begäran tillhandahålla en finansiell säkerhet (t.ex. lämna bankgaranti eller koncerngaranti). Om bank eller koncerngaranti åberopas i ansökan ska sådana garantier redovisas.
* Utländsk vårdgivare ska bifoga dokumentation som intyg på att denna fullgjort i hemlandet föreskrivna registreringar och betalningar.
* Dokumentation som redovisar andra faktorer som vårdgivaren önskar åberopa i sin ansökan (frivillig uppgift).

Sökanden ska lämna kompletterande upplysningar och medverka vid dialogmöten om regionen så begär samt visa aktuell lokal för uppdraget.

Sökanden ska på begäran av regionen inkomma med utdrag ur belastningsregistret.

# Underskrift

Med sin underskrift av ansökan intygar vårdgivaren att:

* beskrivningar och dokument som efterfrågas i ansökan bifogas,
* hela åtagandet vårdavtal enligt lagen om valfrihetssystem kommer utföras från driftstart.
* verksamheten bemannas med personal med den kompetens och i den omfattning som krävs,
* vårdgivaren accepterar att regionen före driftstart genomför ett uppstartsmöte. Vid detta möte kommer regionen att följa upp att vårdgivaren vidtagit de åtgärder som behövs för att verksamheten ska kunna starta vid driftstart. Om regionen bedömer att vårdgivaren inte kommer att klara att driva verksamheten enligt avtalet från driftstart har regionen rätt att ensidigt fatta beslut om att senarelägga driftstarten eller säga upp avtalet till förtida upphörande.

**Vi har tagit del av, accepterat och uppfyller villkoren i förfrågningsunderlaget Vårdval Fysioterapi och förbinder oss att arbeta i enlighet med dess förutsättningar och villkor.**

Ort och datum

Underskrift av behörig person

Namnförtydligande

Adress och telefon till den som skrivit under ansökan (om annan person än angiven kontaktperson för ansökan).

Ansökan skickas till:

Vårdvalsenheten

Region Värmland

Regionens hus

Rosenborgsgatan 50

651 82 Karlstad

Märk kuvertet med: **Ansökan ”Vårdval Fysioterapi**”.