

**Ansökan om godkännande enligt lag om valfrihetssystem**

**Vårdval psykisk hälsa primärvård Kalmar län**

En vårdenhet får bedriva vård inom Region Kalmar Län under förutsättning att sökanden godkänts av Region Kalmar län.

Efter godkännande tecknas avtal mellan uppdragstagaren och Region Kalmar län. Avtalet reglerar samtliga villkor inklusive ekonomiska villkor samt uppdragstid och vårdenhetens lokalisering.

I samband med ansökan ska blivande leverantör ta del av avtal vårdval psykisk hälsa primärvård Kalmar län och dess bilagor samt bifoga de underlag som framgår av Bilaga 2 Ansökan och avtal.

Leverantören ska bifoga avtal mellan leverantör inom psykisk hälsa primärvård och vårdenhet inom vårdval psykisk hälsa primärvård Kalmar län.

Sökande/Leverantörsuppgifter

|  |  |
| --- | --- |
| Företagsnamn |  |
| Postadress |  |
| Postnummer och ort |  |
| Organisationsnummer |  |
| Företagsform  (AB, KB, HB eller enskild firma) |  |
| Firmatecknare |  |
| Verksamhetschef | Namn  Titel  Telefon  E-post |
| Telefonnummer till företaget |  |
| e-postadress till företaget |  |
| BG/PG/konto för ersättning |  |
| Kontaktperson | Namn  Telefon  E-post |

*För bolag under bildande ska planerad driftsform anges.*



Lokalisering

Ange adress där verksamheten avses bedrivas.

|  |  |
| --- | --- |
| Mottagningens namn |  |
| Postadress |  |
| Postnummer och ort |  |
| Kommun och ev. stadsdel |  |

Beräknad verksamhetsstart

|  |
| --- |
| *Datum när verksamheten planeras att börja* |

Sökanden ska redogöra för vårdenhetens:

|  |  |
| --- | --- |
| Legitimerad psykolog/legitimerad psykoterapeut (antal, namn & tjänstgöringsgrad) |  |
| Ev. legitimerad hälso- och sjukvårdskurator eller legitimerad socionom med grundläggande psykoterapiutbildning steg 1 (antal, namn & tjänstgöringsgrad) |  |
| Ev. tidplan för återstående rekrytering |  |

Sökanden anger att denne har tagit del av, accepterar samt uppfyller de krav som föreskrivs i Avtal psykisk hälsa primärvård Kalmar län och dess bilagor och utfäster samtidigt att verksamheten kommer att bedrivas i enlighet med kontraktshandlingarna.

JA

Underskrift

Med underskrift av ansökan intygar sökanden att:

* de beskrivningar och dokument som krävs enligt Bilaga 2 Ansökan och avtal har bifogats och att de är korrekta
* hela åtagandet inom vårdavtal psykisk hälsa primärvård Kalmar län enligt lagen om valfrihetssystem kommer utföras från verksamhetsstart
* verksamheten bemannas med personal med den kompetens och i den omfattning som krävs enligt vårdavtal psykisk hälsa primärvård Kalmar län



* vårdenheten aktivt kommer att delta vid olika former av uppföljningar
* sökanden accepterar, att om regionen så begär, lämna kompletterande upplysningar, medverka vid dialogmöten inför ett förestående godkännande samt förevisa lokal när sådan finns tillgänglig

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort och datum

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Underskrift av behörig person

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Namnförtydligande



**Avtal mellan leverantör inom psykisk hälsa primärvård och vårdenhet inom Hälsoval Kalmar län. Om avtal med flera enheter inom vårdval psykisk hälsa primärvård finns, kopiera nedanstående avsnitt. Vid byte av avtalspart, kopiera nedanstående avsnitt.**

Ange vårdenhet inom Vårdval psykisk hälsa primärvård:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Omfattning:

* Hela vårdenhetens listade invånare
* Del av vårdenhetens listade invånare

Om del av lista ange andel listad:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(Vid eventuella förändringar ska verksamhetschefen för vårdenheten inom Hälsoval Kalmar län meddela Beställarfunktionen omgående).*

Avtalet gäller från och med: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

………………………………….. …………………………………..

Ort och datum Ort och datum

………………………………….. ………………………………………

Sökande Hälsoval Kalmar län Verksamhetschef Hälsovalsenhet

………………………………….. ………………………………………

Namnförtydligande Namnförtydligande