

Bilaga 5 – Referensformulär för valfrihetssystem inom hemvården i Skövde kommun

Namn på ansökande företag: Klicka här för att ange text.

Namn på operativ chef: Klicka här för att ange text.

Företaget är ett nystartat företag?

Ja Nej

- Vid svar Ja \implies Fyll endast i DEL A – Operativ chef
- Vid svar Nej \implies Fyll i både DEL A – Operativ chef och DEL B- Företaget

Referenspersoner är samma för företaget som för operativ chef?

Ja Nej

- Vid svar Ja \implies Fyll endast i DEL A – Operativ chef
- Vid svar Nej \implies Fyll i både DEL A – Operativ chef och DEL B- Företaget

Omfattar ansökan personlig omvårdnad, samt hälso- och sjukvårdsinsatser?

Ja Nej Ansökan avser endast serviceinsatser

Om svar JA, så ska det i företagets ledning finnas person som har minst två års dokumenterad erfarenhet av arbetsledande ställning inom området vård- och omsorg.

Uppfylls kravet?

Ja Nej Ansökan avser endast serviceinsatser

Vem/vilka i företagets ledning uppfyller kravet:

Klicka här för att ange text.

Referenstagningen har utförts av: Klicka här för att ange text.

Datum för referenstagning: Klicka här för att ange text.

DEL A – Operativ chef (Personlig referens)

3.2.3.1 Kompetens och referenser operativ chef

Operativ chef, vilken förutsätts ta aktiv del i verksamheten och med direkt ansvar för personal, ekonomi och verksamhet, ska befinna sig lokalt placerad och ha följande verifierade kompetens:

- Erforderlig utbildning för arbetsledning inom servicesektor.
- Erfarenhet av serviceverksamhet.
- Ingående kunskaper om tillämpliga lagar, förordningar, föreskrifter och allmänna råd.
- Relevant datorkunskap för att kunna utföra tjänsten.

I det fall ansökan förutom servicetjänster avser personlig omvårdnad, samt hälso- och sjukvårdsinsatser ska verksamhetsansvarig förutom uppgifter ovan också uppfyllas följande:

- Högskoleutbildning; social omsorg, socionomprogrammet, sjuksköterskeprogrammet, arbetsterapeutprogrammet, fysioterapeut/sjukgymnastprogrammet eller annan likvärdig högskoleutbildning, såsom t.ex. beteendevetenskapliga programmet.
- Erfarenhet av verksamhet inom äldreomsorg eller omsorg för personer med funktionsnedsättningar.

Referent 1

Namn:

Arbetsplats:

Titel:

Telefon nr:

E-post:

Förhållande mellan referenten och personen (ex. arbetsgivare, chef, etc.)

Klicka här för att ange text.

Referent 2

Namn:

Arbetsplats:

Titel:

Telefon nr:

E-post:

Förhållande mellan referenten och personen (ex. arbetsgivare, chef, etc.)

Klicka här för att ange text.

DEL A – OPEERATIV CHEF - REFERENSFRÅGOR

1) Har företagets företrädare (operativ chef) kunskaper om för verksamheten gällande lagar, författningar och föreskrifter?

Ja Nej

Kommentar:

Klicka här för att ange text.

2) Har företagets företrädare kunskaper (operativ chef) för att följa lagar, riktlinjer och policys etc.?

Ja Nej

Kommentar:

Klicka här för att ange text.

3) Har företagets företrädare (operativ chef) kunskaper om att upprätta rutiner och handlingsplaner?

Ja Nej

Kommentarer:

Klicka här för att ange text.

4) Har företagets företrädare (operativ chef) visat god samverkan med uppdragsgivaren eller arbetsgivaren om operativ chef inte haft tidigare uppdrag?

Ja Nej

Kommentarer:

Klicka här för att ange text.

DEL B – Företaget

3.2.3.1 Kompetens och referenser på företag

I det fall ansökan omfattar personlig omvårdnad, samt hälso- och sjukvårdsinsatser, så ska det i företagets ledning finnas person som har minst två års dokumenterad erfarenhet av arbetsledande ställning inom området vård- och omsorg.

Ansökan ska innehålla två referenser avseende uppdrag av motsvarande typ. Nystartade företag kan istället lämna motsvarande referenser för person i företagets ledning. I det fall operativ chef i ett nystartat företag även utgör företagets ledning så kan samma referenspersoner som anges 3.2.3.2 anges på nytt i fritextsvaret nedan.

Kommunen förbehåller sig rätten att ta referenser utöver de som företaget angett. Endast utförare som har goda vitsord när det gäller förmåga att fullgöra uppdraget kommer att bli godkänd.

Referent 1

Namn Klicka här för att ange text.
Arbetsplats: Klicka här för att ange text.
Titel: Klicka här för att ange text.
Telefon nr: Klicka här för att ange text.
E-post: Klicka här för att ange text.

Förhållande mellan referenten och företaget (ex. kommunens kontaktperson gentemot företaget i uppdraget)

Klicka här för att ange text.

Referent 2

Namn Klicka här för att ange text.
Arbetsplats: Klicka här för att ange text.
Titel: Klicka här för att ange text.
Telefon nr: Klicka här för att ange text.
E-post: Klicka här för att ange text.

Förhållande mellan referenten och företaget (ex. kommunens kontaktperson gentemot företaget i uppdraget)

Klicka här för att ange text.

DEL B – FÖRETAGET - REFERENSFRÅGOR

1) Vilken kategori av verksamhet bedriver företaget hos er?

Kommentar:

Klicka här för att ange text.

2) Har företaget i sitt uppdrag levt upp till gällande lagar, författningar och föreskrifter?

Ja Nej

Kommentar:

Klicka här för att ange text.

3) Har företaget kunskaper för att upprätta rutiner och handlingsplaner?

Ja Nej

Kommentar:

Klicka här för att ange text.

4) Har företaget på ett godtagbart sätt levt upp till ställda krav i avtal med uppdragsgivaren och skynsam åtgärdat eventuella brister?

Ja Nej

5) Har företaget visat god samverkan med uppdragsgivaren?

Ja Nej

Kommentar:

Klicka här för att ange text.