

HAKEMUS YKSITYISTEN TUKIPALVELUJEN TUOTTAMISEEN

(Laki yksityisistä sosiaalipalveluista 922/2011 §13)

Saapunut:
Käsitelty:

1. Ilmoitus

Tyrnävän kunta	
<input type="checkbox"/>	Uusi hakemus
<input type="checkbox"/>	Toiminnan muutos, mikä?
<input type="checkbox"/>	Toiminnan lopettaminen alkaen
Toiminta on tarkoitus aloittaa _____ Muutos on tarkoitus toteuttaa _____	
Kun toiminta aloitetaan, lomake täytetään kokonaisuudessaan.	

2. Palvelun tuottaja

Nimi (yhteisön rekisteriotteen mukainen nimi)	
Y-tunnus	Yhtiömuoto
Toiminimi	Kieli
Postiosoite	
Postinumero	Postitoimipaikka
Puhelin	Matkapuhelin
Sähköposti	Kotisivu
Kotikunta	Kotisivu
Onko palvelujen tuottajaa merkitty ennakkoperintärekisteriin?	
<input type="checkbox"/>	Kyllä
<input type="checkbox"/>	Ei (selvitys annettava liitteessä)

3. Toimitusjohtajan tai muun liiketoiminnasta vastaavan henkilötiedot. Asiakasrekisterin vastuullinen rekisterin pitäjä

Sukunimi	
Etunimi	Henkilötunnus
Katuosoite	
Postinumero	Postitoimipaikka
Puhelin	
Sähköposti	

4. Asiakasrekisteri (jos on omia asiakkaita)

Onko toimintayksiköllä oma asiakasrekisteri

- Kyllä, liitteenä henkilötietolain 10 §:n mukainen rekisteriseloste
- Manuaalinen
- Sähköinen
- Ei

Asiakasasiakirjojen säilytyspaikka

5. Sosiaalipalvelujen tukipalvelun palvelutoiminta ja asiakasmäärä

Tuotettava palvelu

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Asiointiapu | <input type="checkbox"/> Lumityö / Pihatyöapu | <input type="checkbox"/> Sosiaalinen kanssakäyminen |
| <input type="checkbox"/> Kauppapalvelu | <input type="checkbox"/> Puiden pilkkominen | <input type="checkbox"/> Ulkoilu |
| <input type="checkbox"/> Ateriapalvelu ja ruoanvalmistus | <input type="checkbox"/> Saattajapalvelut
Vaatehuolto ja pyykkipalvelu | <input type="checkbox"/> Vaatehuolto ja pyykkipalvelu |
| <input type="checkbox"/> Kylvetyksessä ja pesussa avustus | <input type="checkbox"/> Siivouspalvelu | <input type="checkbox"/> Muu _____ |

Arvioitu asiakasmäärä vuodessa:

Vanhukset _____ Vammaiset _____ Lapsiperheet _____

6. Henkilöstö

Henkilöstön määrä yhteensä _____

Kuvaus henkilöstöstä:

Nimi	Koulutus / Tutkinto	Hygieniapassi (kyllä / ei)

7. Palvelun tuottajan toiminta-alue

Kuvaus alihankintana ostetuista palveluista

Päiväys : _____

Allekirjoitus: _____

Nimenselvennys: _____