|  |
| --- |
|  |

# Ändringsansökan - hemtjänst, ledsagning, avlösning

|  |
| --- |
| Företagets namn:       |
| Datum:       | Kontaktperson hos anordnaren: |

### Ny verksamhetsansvarig

**Bifoga CV med betyg och intyg**

|  |
| --- |
| Namn på ny verksamhetsansvarig |
|  |

#### Ny Underleverantör

|  |
| --- |
| Namn på underleverantör |
|  |

### Ändrade geografiska områden (kryssa i vilka områden ni önskar vara verksamma i) Kapacitetstak

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Sicklaön | Saltsjö-Boo | Fisksätra -Saltsjöbaden | Älta |  | Ja, antal timmar/mån | Nej |
|  |  |  |  |  |  |  |

### Godkänns av Socialtjänsten

Inskickade handlingar är granskade och uppfyller villkor för att vara godkänd anordnare av hemtjänst, ledsagning och avlösning i Nacka kommun

|  |
| --- |
| Datum, underskrift och namnförtydligande |
|  |

### Avslås av Socialtjänsten

Inskickade handlingar är granskade och uppfyller inte villkor för att vara godkänd anordnare av hemtjänst, ledsagning och avlösning i Nacka kommun

|  |
| --- |
| Datum, underskrift och namnförtydligande |
|  |