

Endast ansökningar med bifogad SIP kan handläggas.

ANSÖKAN OM EXTRA ERSÄTTNING FÖR SÄRSKILD VÅRDTYNGD INOM HEMSJUKVÅRD

Datum

1. Uppgifter ansökande verksamhet

Företagsnamn utförare	
Verksamhet	Enhet
Telefon	E-postadress
Kontaktperson	Titel

2. Uppgifter patient

Förnamn	Efternamn
Kundnummer i Siebel	Personnummer

3. Ansökan (Se förfrågningsunderlag punkt 6.2.2 i bilaga 6 vad som behöver framgå nedan)

Tidsperiod för extra ersättning from:	Omfattning beräknade timmar/månad legitimerad personal	Omfattning beräknade timmar/månad delegerad hälso- och sjukvård
Bakgrund/orsak till ansökan		
Frekvens av besök		

Ansökan skicka till:

Uppsala kommun, Äldreförvaltningen
Mottagningsteam plan 3
Svartbäcksgatan 44, 753 75 Uppsala