**Henvendelse om bistand ved akutt mangel på kritisk helsepersonell – behovsbeskrivelse**

e-postadresse til leverandør: [beredskap.care@randstad.no](mailto:beredskap.care@randstad.no)

Anmodning skal også sendes i kopi til fylkesmannen/statsforvalteren i eget fylke – (kommune fyller selv inn e-postadresse)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Fylles ut av kommunen | | | | | | | |
| 1 | Kommunens kontaktinformasjon | | | | | | |
| Kommune  Kontaktperson  Telefon  E-post | |  | | | | |
| 2 | Informasjon om anmodning | | | | | | |
|  | | | | | | |
| 3 | Arbeidsoppgaver | Utdanning | | | Krav til kompetanse/erfaring | | Antall og varighet |
|  |  | | |  | |  |
|  |  | | |  | |  |
|  |  | | |  | |  |
|  |  | | |  | |  |
| 4 | Detaljer om oppmøte/ arbeidstid | |  | | | | |
| 5 | Krav om gyldig politiattest iht. helsepersonelloven §20 a. | | | | | Ja | Nei ☐ |
| 6 | Anmodningen gjelder for perioden | |  | | | | |
| 7 | Kommunen stiller med bolig | | Ja | Beskrivelse: | | | |
| 8 | Kommunen er forpliktet til å dekke reiseutgifter for hjemreisen. | | Ja |  | | | |
| 9 | Kommunen bekrefter et akutt behov for helsepersonell utover det som lar seg løse ved:   * disponering av egne ansatte * ekstern rekruttering * egne avtaler for innleie av helsepersonell * dialog med NAV. * kontakt med fylkesmannen (statsforvalteren) * samarbeid med andre kommuner og helseforetak.   Kopi av bistandsanmodningen må sendes FM (statsforvalteren). | | | | | **Ja** ☐ | |
| Kommunen bekrefter ved denne anmodningen at de har arbeidsgiveransvar, og fullt og helt er ansvarlig som arbeidsgiver for det personellet som gjelder denne anmodningen om nasjonal bistand. | | | | | **Ja** ☐ | |
|  | Kommunen vil bli fakturert for kandidatens evt. reisekostnader til kommunen og oppgitt formidlingskostnad for hver enkelt kandidat. | | | | | | |
| 10 | Annen informasjon: | | | | | | |
| 11 | Fakturainformasjon | | | | | | |
| Kommunens fakturaadresse | |  | | | | |
| 12 | Sted, dato:  Ansvarlig leders navn og stilling: | | Godkjent av ansvarlig leder i kommunen:  .........................................................................  *Signatur* | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Fylles ut av leverandør | | | | | |
| Kandidatens navn | HPR nummer | Beskriv hvilke kurs vedkommende har i tillegg til at CV vedlegges. | Kandidat ankommer kommune dato og tidspunkt. | Det påløper reisekostnader fra og til (reiserute) | Hvor lenge kan kandidaten bistå kommunen |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Annen informasjon | | | | | |
|  | | | | | |

Leverandør bekrefter med dette at personellet er sjekket ut i tråd med etablert rutine og forutsetning for avtale som er inngått for oppdraget.

Signatur fra leverandør