**Ansökan om begränsning av totalantalet listade barn och unga vuxna**.

**Begränsning kan medges i högst 12 månader** och prövas därefter på nytt. Skäl för begränsning kan exempelvis vara tillfällig brist på personal eller andra aspekter relaterade till arbetsmiljö och säkerhet. Om Region Jämtland Härjedalen godkänt en begränsning så upprättar beställarenheten en centralt administrerad kö för vårdgivaren. Familjemedlemmar folkbokförda på samma adress som en familjemedlem som redan är listad hos vårdgivaren kan på begäran av vårdgivaren ges förtur i kön. Detta kan medföra att begränsningen tillfälligt utökas.

Antal listade barn/unga vuxna på kliniken för närvarande:

Önskad begränsning av antal barn/unga vuxna:

Begränsning av listade barn ska gälla fr o m datum: t o m datum:

**Anledning till begränsning**

 Klinik: Org.nr:

 Klinikansvarig:

**Underskrift**

Ort och datum ……………………………………………………………………….

Underskrift av klinikansvarig………...….…………………………………………………………………….

**ANSÖKAN SKICKAS TILL: Region Jämtland Härjedalen Bedömningstandläkare, Beställarenheten, Box 654, 831 27 Östersund**

**Beslut av Beställarenheten**

Ansökan godkännes: Ansökan avslås:

**Underskrift Beställarchef:**

Ort och datum…………………………………………………………………………………………..

Underskrift………………………………………………………………………………………………..

Namnförtydligande………………………………………………………………………………..