

Ansökan Mottagning Unga Vuxna



<u>Namn på sökande vårdcentral</u>		<u>Avtalspart eller enhetsbeteckning</u>
<u>Namn på verksamhetschef</u>	<u>E-postadress till verksamhetschef</u>	<u>RS-id</u>
<u>Planerat startdatum</u>		

KRAV FÖR GODKÄNNANDE

Bemanning

<u>Namngiven leg psykolog/psykoterapeut</u>	<u>Personnummer</u>	<u>RS-id</u>
<u>Namngiven leg läkare specialist i psykiatri</u>	<u>Personnummer</u>	<u>RS-id</u>
<u>Samarbetsöverenskommelser har tecknats med följande kommun/kommuner</u>		
<u>Metodik för färdighetsträning</u>		
<u>Dokumenterat samarbete med utförare av friskvård samt utförare av friskvård</u>		
<u>Samarbetsöverenskommelse har tecknats med följande parter</u>		
<input type="checkbox"/> Arbetsförmedlingen <input type="checkbox"/> Försäkringskassan <input type="checkbox"/> Idéburen sektor		
<u>Huvudenheten är annan enhet än sökande:</u>		

Datum Underskrift verksamhetschef Namnförtydligande verksamhetschef

Ska bifogas: Kopia på specialistbevis samt samarbetsöverenskommelse.

<u>Verifikationsbesök datum</u>	<u>Godkänt startdatum</u>
---------------------------------	---------------------------

Datum Underskrift uppdragsgivare Namnförtydligande uppdragsgivaren

Ansökan ska vara Uppdragsgivaren tillhanda 60 dagar före beräknat startdatum. Avtalet börjat alltid gälla första vardagen i en kalendermånad efter komplett och av Uppdragsgivaren godkänd ansökan.

Skickas till: **Region Skåne, 291 89 Kristianstad**