**REPUBLIKA KOSOVO / REPUBLIKA KOSOVA / REPUBLIC OF KOSOVA**
**VLADA KOSOVA / QEVERIA E KOSOVËS / GOVERNMENT OF KOSOVA**
**MINISTARSTVO ZDRAVSTVA / MINISTRIA E SHËNDETËSISË / MINISTRY OF HEALTH**
**Prijava za učešće u Programu za Lečenje u Inostranstvu**

**Ime:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
**Ime roditelja:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
**Prezime:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
**Pol (zaokružiti):** F ☐ M ☐

**Adresa :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
**Broj telefona za kontakt:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
**Datum i mesto rođenja:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
**Bolest od koje bolujete , priložite odgovarajuću medicinsku dokumentaciju.**
**Dg.:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
**Ime zdravstvene ustanove u kojoj ste se lečili/datumi:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Da li ste korisnik neke socijalne šeme?** (zaokružiti): DA ☐ NE ☐

**Ako jeste, koje? Priložite odgovarajuću dokumentaciju:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
**Da li postoje drugi mogući izvori koji mogu biti dostupni za ovaj tretman, uključujući sopstvena sredstva, pomoć nevladinih organizacija i drugih nacionalnih i međunarodnih organizacija?** (navesti): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
**Koji su koraci preduzeti za obezbeđivanje sredstava iz ovih izvora?** (Priložite dokaze ako postoje): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Priložena dokumenta:** (Označite X u kvadratićima dokumenata koje ste priložili) **Potpuna**  **medicinska**  **dokumentacija** ( obavezno ) ☐ **Kopija**  **lične**  **karte** ( obavezno ) ☐ **Za**  **decu** **:**  **Izvod**  **iz**  **matične**  **knjige**  **rođenih**   ☐ **Potvrda**  **o**  **socijalnoj**  **pomoći**   ☐ **Drugo** **:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Ovim potvrđujem da su svi gore navedeni podaci tačni i istiniti, i razumem da će, ukoliko dam lažne informacije, to smanjiti moje šanse za prihvatanje u Program za Medicinski Tretman u Inostranstvu.**

**Datum prijave:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
**Potpis podnosioca prijave:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
**Opštinski kod:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
**Broj protokola:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
**Datum prijema u Ministarstvo zdravlja:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
**Broj protokola u Ministarstvu zdravlja:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
**Odgovorni opštinski službenik:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
**Odgovorni službenik u Ministarstvu zdravlja:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Napomena:** Popunjen formular sa štampanim slovima se predaje u Opštinsku Direkciju Zdravstva. Nepotpune prijave neće biti uzete u obzir.