**REPUBLIKA E KOSOVË / REPUBLIKA KOSOVA / REPUBLIC OF KOSOVA**  
**QEVERIA E KOSOVËS / VLADA KOSOVA / GOVERNMENT OF KOSOVA**  
**MINISTRIA E SHËNDETËSISË / MINISTARSTVO ZDRAVSTVA / MINISTRY OF HEALTH**

**Aplikacioni për pjesëmarrje në Programin për Trajtim Jashtë Vendit**

**Emri:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
**Emri i prindit:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
**Mbiemri:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Gjinia (rrumbullakëso):** F ☐ M ☐

**Adresa (rruga, qyteti/fshati, komuna):** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
**Nr. i telefonit kontakti:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
**Data dhe vendi i lindjes:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
**Sëmundja nga e cila vuani (diagnoza aktuale), bashkangjitni dokumentacionin përkatës mjekësor.**  
**Dg.:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Emri i institucionit shëndetësor në të cilin jeni trajtuar/data:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**A jeni përfitues i ndonjë skeme sociale? (rrumbullakëso):** PO ☐ JO ☐

**Nëse po, i cilës? Bashkangjitni dokumentacionin përkatë \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**A ka burime tjera të mundshme që mund të jenë në dispozicion në këtë trajtim, përfshirë këtu fondet vetanake, ndihmën nga Organizatat Jo Qeveritare dhe organizatat tjera kombëtare dhe ndërkombëtare? (specifikoni):** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Cilët hapa janë ndërmarrë për të siguruar fonde nga këto burime? (Bashkangjitni provat nëse po)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Dokumentet e bashkangjitura:** *(Shënoni X në katrorët të dokumenteve që keni bashkangjitur)* Dokumentacioni   i   plotë   mjekësor   ( i   obligueshëm )   ☐ Një kopje e letërnjoftimit   ☐ Për fëmijë: Certifikata e lindjes ☐ Certifikata e asistencës   sociale   ☐ Tjetër : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Me këtë dëshmoj se të gjitha të dhënat e paraqitura më lartë janë të sakta dhe të vërteta dhe se e kuptoj se nëse jap ndonjë informatë të rrejshme, ajo do të mi zvogëlojë gjasat që të pranohem në Programin për Trajtim Mjekësor Jashtë Vendit.

**Data e aplikimit:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
**Nënshkrimi i aplikuesit:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Kodi komunal:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
**Nr. Protokollit:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
**Data e pranimit në MeSH:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
**Nr. i Protokollit në MeSH:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Zyrtari përgjegjës komunal:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
**Zyrtari përgjegjës në MeSH:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Vërejtje: Aplikacioni i plotësuar kartë me shkronja shtypi dorëzohet në Drejtorinë Komunale të Shëndetësisë. Aplikacionet jo komplete nuk do të merren parasysh.*