



FORMULAR APLIKIMI

VLERËSIMI I PËRCAKTIMIT TË AFTËSISË SË KUFIZUAR

SHËRBIMI SOCIAL SHTETËROR

MINISTRIA E SHËNDETËSISË DHE MBROJTJES SOCIALE



Nëse keni pyetje, lutemi kontaktoni: Tel E-mail: Web:	HAPËSIRË E REZERVUAR VETËM PËR INSTITUCIONIN
Shënim: Ju lutem plotësoni me kujdes dhe qartë informacionin e kërkuar në fushat më poshtë.	

SEKSIONI A: INFORMACION SPECIFIK MBI APLIKANTIN

1. Emri	<input type="text"/>	2. Mbiemri	<input type="text"/>
3. Emri i Babait	<input type="text"/>	4. NID <i>Nr. i identifikimit personal</i>	<input type="text"/>
5. Gjinia	<input type="checkbox"/> Mashkull <input type="checkbox"/> Femër	6. Datëlindja	<input type="text"/> <i>Data Muaji Viti</i>
7. Vendlindja	<input type="text"/>	8. Shtetësia	<input type="text"/>
9. Adresa	<input type="text"/>		
10. Qyteti	<input type="text"/>	11. Rrethi	<input type="text"/>
12. Kodi Postar	<input type="text"/>	13. Nr. Tel	<input type="text"/>
14. E-mail	<input type="text"/>	15. Nr. Sig Shëndetësor	<input type="text"/>

SEKSIONI B: INFORMACION SPECIFIK MBI APLIKIMIN

1. A keni aplikuar më parë për të marrë përfitime të aftësisë së kufizuar?	<input type="checkbox"/> Po <input type="checkbox"/> Jo		
2. A keni marrë përfitime të aftësisë së kufizuar më parë?	<input type="checkbox"/> Po <input type="checkbox"/> Jo		
3. Në cilën kategori bëni pjesë? (zgjdh vetëm një mundësi, më të përshtatshmen për rastin tuaj)			
Mbi moshën 18 vjeç			
<input type="checkbox"/> I/e punësuar	<input type="checkbox"/> I/e vetëpunësuar	<input type="checkbox"/> I/e papunë	<input type="checkbox"/> Student
<input type="checkbox"/> Shtëpiak/e	<input type="checkbox"/> Pensionist/e	<input type="checkbox"/> Qendër ditore	<input type="checkbox"/> Tjetër (specifiko)
<input type="text"/>			
Nën moshën 18 vjeç			
<input type="checkbox"/> Çerdhe	<input type="checkbox"/> Kopësht	<input type="checkbox"/> Nxënës	<input type="checkbox"/> Shtëpi
<input type="checkbox"/> Tjetër (specifiko)	<input type="text"/>		
4. Historiku i punësimit (nëse është i aplikueshëm)			
		Periudha e punësimit	
<input type="text"/>	nga	<input type="text"/>	deri më
		<i>Data Muaji Viti</i>	<i>Data Muaji Viti</i>
<input type="text"/>	nga	<input type="text"/>	deri më
		<i>Data Muaji Viti</i>	<i>Data Muaji Viti</i>
<input type="text"/>	nga	<input type="text"/>	deri më
		<i>Data Muaji Viti</i>	<i>Data Muaji Viti</i>

5. Arsimi

- Pa arsim Fillor 9 vjeçar I mesëm I lartë

Numri i viteve të plotësuara

6. A keni pasur ndonjëherë përfitime nga Sigurimet Shoqërore?

- Po Jo

7. Nëse po, çfarë lloj përfitimi?

- Aftësi e Kufizuar Pension Pleqërie Tjetër (specifiko)

8. Përfitimet e aftësisë së kufizuar, për të cilat po aplikoni

- Teknologji ndihmëse/Karrige me rrota Përfitime financiare Ndihmës personal
 Përfitimi i arsimit Përkthyes i gjuhës së shenjave Telefon
 Paketë higjeno-sanitare Udhëtimi me autobus

9. A kërkonti vizitë mjeksore dhe intervistë në shtëpi?

(vetëm në rastet kur kërkuesi nuk mund të lëvizë nga vendbanimi i tij/saj për shkak të nevojave të tij/saj mjekësore ose barrierat e rënda të aksesueshmërisë)

- Po Jo

10. Mënyra e kontaktimit

- Postë elektronike (e-mail)
 Telefon
 Postë
 Nëpërmjet administratorit social të komunës/bashkisë

SEKSIONI C: DOKUMENTACIONI I PARAQITUR

- Certifikatë Personale lindje me një fotografi të bërë gjashtë muajt e fundit (për aplikantët nën 16 vjeç)
 Fotokopje e letërnjoftimit
 Formulari i plotësuar nga mjeku i familjes/pediatri (brenda muajit të fundit)
 Formulari i plotësuar nga mjeku specialist/Qendra Komunitare e Shëndetit Mendor (brenda muajit të fundit)
 Formulari i plotësuar nga qendra e shërbimeve (nëse aplikohet)

KLAUZOLA DEKLARATIVE

Unë i/e nënshkruari/a _____ në dijeni të përgjegjësive penale që rrjedhin nga deklarimi dhe paraqitja e të dhënave e rrethanave të rreme, nën përgjegjësinë time personale deklaroj se të dhënat e paraqitura në këtë formular janë të vërteta dhe në respektim të ligjit Nr. 9887 "Për mbrojtjen e të dhënave personale" të ndryshuar, autorizoj me vullnetim tim të lirë institucionin, të përpunojë dhe të përdorë të dhënat e mia personale, për qëllime statistikore dhe të shqyrtimit të aplikimit.

Njoftojmë se autorizimi i mëposhtëm është vullnetar.

- Autorizoj institucionin të përpunojë të dhënat e mia personale (emër, mbiemër, numër telefoni ose email) të mbledhura më sipër, me qëllim zhvillimin e sondazheve të automatizuara për marrjen e opinionit tim, në lidhje me cilësinë e ofrimit të shërbimit.

Nënshkrimi i aplikantit

Data			Muaji			Viti			

Nënshkrimi i personit të autorizuar

Data			Muaji			Viti			