



FORMULAR APLIKIMI
SISTEMIM TË PERSONIT ME AFTËSI TË KUFIZUARA NË
INSTITUCIONE TË PËRKUJDESHIT SHOQËROR (IPSH)
SHËRBIMI SOCIAL SHTETËROR
MINISTRIA E SHËNDETËSISË DHE MBROJTJES SOCIALE



Nëse keni pyetje, lutemi kontaktoni: Tel: (+355) 04 45 03 806 E-mail: info@sherbimisocial.gov.al Web: www.sherbimisocial.gov.al	HAPËSIRË E REZERVUAR VETËM PËR INSTITUCIONIN
Shënim: Ju lutem plotësoni me kujdes dhe qartë informacionin e kërkuar në fushat më poshtë.	

SEKSIONI A: INFORMACION MBI PERSONIN ME AFTËSI TË KUFIZUARA

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. E-mail	<input type="text"/>
14. Nr. Tel. Celular	<input type="text"/>	15. Nr. Tel. Fiks	<input type="text"/>

SEKSIONI A1: INFORMACION SPECIFIK MBI PERSONIN E AUTORIZUAR

1. Emri	<input type="text"/>	2. Mbiemri	<input type="text"/>
3. NID <i>Nr. i identifikimit personal</i>	<input type="text"/>	4. Nr. Tel	<input type="text"/>
5. Statusi referues i personit të autorizuar	<input type="text"/>		

SEKSIONI B: INFORMACION SPECIFIK MBI APLIKIMIN

1. Aplikimi është plotësuar nga personi i autorizuar
 Prindi Kujdestari ligjor i përcaktuar me vendim gjyqi KMCAE epror Tjetër (specifiko)

2. Aplikim për Sistemim Transferim
Nëse Sistemim, plotëso pikat 3, 4. Nëse Transferim, plotëso pikat 5, 6, 7.

3. Arsyeja shëndetësore e Sistemimit:
 Sëmundje mendore Sëmundje fizike Sëmundje sensore
 Tjetër (Specifiko)

4. Qendra e Përkujdesit (ku do të sistemohesh)

5. Arsyeja e transferimit

6. Qendra e Përkujdesit (ku ndodhesh)

7. Qendra e Përkujdesit (ku do të shkosh)

SEKSIONI C: DOKUMENTACIONI I PARAQITUR

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Certifikatë e lindjes së personit | <input type="checkbox"/> Vendimi i Komisionit Mjekësor për përcaktimin e aftësisë së kufizuar |
| <input type="checkbox"/> Certifikatë e gjendjes familjare | <input type="checkbox"/> Dokumenti i shkollës që ka ndjekur personi |
| <input type="checkbox"/> Fotografi të personit (2 copë, format pasaporte) | <input type="checkbox"/> Deklaratë e noterizuar për dhënien e pëlqimit të prindit ose të kujdestarit për pranimin e personit në institucion |
| <input type="checkbox"/> Vërtetim i gjendjes ekonomike të familjes si dhe të ardhurat personale të personit me aftësi të kufizuar, të lëshuara nga seksioni përkatës i ndihmës dhe përkudësjes shoqërore sipas formularit nr.2 të ligjit | <input type="checkbox"/> Kopje e vendimit të këshillit bashkiak apo komunal për pranimin e personit me aftësi të kufizuar në institucion |
| <input type="checkbox"/> Epikriza shëndetësore | |

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", 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

Pasi vlerësova kushtet ligjore, kontrollova plotësimin e të dhënave të detyrueshme dhe dokumentacionin e dorëzuar nga aplikanti, konfirmoj regjistrimin e aplikimit.

Nënshkrimi i Punonjësit

--	--	--	--	--	--	--	--

Data Muaji Viti