



REPUBLIKA E KOSOVËS • REPUBLIKA KOSOVO • REPUBLIC OF KOSOVA
KOMUNA E FERIZAJT • OPŠTINA UROŠEVAC • MUNICIPALITY OF FERIZAJ

<http://kk.rks-gov.net/ferizaj>



DREJTORIA E SHËNDETËSISË DHE MIRËQENIES SOCIALE
UPRAVA ZA ZDRAVSTVA I SOCIALNOG BLAGOSTANJA
DEPARTMENT OF HEALTH & SOCIAL SERVICE

Tel/fax :038/200/46035
Info.Ferizaj@rks-gov.net
Adresa:” Dëshmorët e Kombit” p.n.

Drejtoria për Shëndetësi dhe Mirëqenie Sociale, duke u bazuar në Statutin e QKMF – së , neni 11.7 dhe neni 12 pika 6, me qëllim të themelimit të Këshillit të Pacientëve me datë 19.11.2024 e publikon këtë:

FTESË PUBLIKE

“PËR PËRZGJEDHJEN E ANËTARËVE TË KËSHILLIT TË PACIENTËVE”

Me hyrjen në fuqi të Statutit të QKMF - së, përkatësisht nenin 12.6, është paraparë edhe themelimi i Këshillit të Pacientëve. Me qëllim të zbatimit të këtij neni, Drejtoria Komunale për Shëndetësi dhe Mirëqenie Sociale fton të gjithë qytetarët e interesuar të aplikojnë për të qenë pjesë e këtij këshilli.

Këshilli i Pacientëve do të përbëhet nga 5 persona dhe do të ketë mandat 5 vjeçar.

Mandati, kriteret, detyrat dhe përgjegjësitë janë të përcaktuara në Rregulloren për Themelimin e dhe Funksonimin e Këshillave të Pacientëve dhe Kodin e Etikës së Këshillave.

Propozimet duhet të dorëzohen nga data 20.11.2024 deri me datë 30.11.2024 në zyrën e Drejtorisë Komunale për Shëndetësi dhe Mirëqenie Sociale, (Objekti I Komunës) Të gjitha propozimet e pranura pas këtij afati, nuk do të merren parasysh nga komisioni.

Dokumentet e kërkuara:

1. Aplikacioni për të qenë anëtar i këshillit;
2. Kopja e Leternjoftimit;
3. Një leter motivuese pse dëshironi të jeni anëtar i këshillit (e dëshirueshme)

Drejtori për Shëndetësi dhe Mirëqenie Sociale

Kemajl Emini



REPUBLIKA E KOSOVËS • REPUBLIKA KOSOVO • REPUBLIC OF KOSOVA
KOMUNA E FERIZAJT • OPŠTINA UROŠEVAC • MUNICIPALITY OF FERIZAJ

<http://kk.rks-gov.net/ferizaj>



DREJTORIA E SHËNDETËSISË DHE MIRËQENIES SOCIALE
UPRAVA ZA ZDRAVSTVA I SOCIALNOG BLAGOSTANJA
DEPARTMENT OF HEALTH & SOCIAL SERVICE

Tel/fax :038/200/46035
Info.Ferizaj@rks-gov.net
Adresa:” Dëshmorët e Kombit” p.n.

Termat e Referencës:

Në Statutin e Qendres Kryesore të Mjekësisë Familjare është paraparë edhe themelimi i Këshillit të Pacientëve si një mekanizëm formal i angazhimit të qytetarëve në kujdesin shëndetësor. Për këtë qëllim, DSHMS ka hapur thirrje publike për të gjithë qytetarët e Komunës së Ferizajt, që janë të interesuar të jenë pjesë e Këshillit të Pacientëve.

***Qëllimi** i Këshillit të Pacientëve është që të shërbej si një mekanizëm formal për përfshirjen e pacientëve në vendimarrje në mënyrë që të punojnë së bashku me institucionet dhe stafin shëndetësor për të rritur cilësinë dhe sigurinë e shërbimeve shëndetësore për pacientët dhe komunitetin.*

***Objektivat** e Këshillit të Pacientëve do të jenë:*

- Rritja e vetëdijesimit të qytetarëve mbi shëndetin e tyre dhe shfrytëzimin e shërbimeve shëndetësore;
- Identifikimi i problemeve të pacientëve;
- Ndërtimi i besimit ndërmjet Stafit Shëndetësor dhe Pacientëve;
- Përfaqësimi i pikëpamjeve dhe shqetësimeve të të gjithë pacientëve;
- Identifikimi dhe zgjidhja e problemeve në fushën e shëndetësisë;

***Fushëveprimi** i këshillit të pacientëve shtrihet brenda teritorit të komunës së Ferizajt dhe merret me përfaqësimin e interesave dhe brengave të pacientëve brenda kësaj komune;*

***Antarësimi** në Këshill të Pacientëve është i hapur. Të dretjë aplikimi kanë të gjithë qytetarët e Komunës së Ferizajt të cilët janë mbi moshën 18 vjeqare, nuk janë anëtar të ndonjë partie politike, të cilët nuk ofrojnë shërbime shëndetësore ose farmaceutike dhe nuk kanë të kaluar kriminale. Këshilli do të përbëhet prej 5 anëtarëve dhe do të ketë një mandat 5 vjeçarë me mundësi vazhdimi.*



REPUBLIKA E KOSOVËS • REPUBLIKA KOSOVO • REPUBLIC OF KOSOVA
KOMUNA E FERIZAJT • OPŠTINA UROŠEVAC • MUNICIPALITY OF FERIZAJ

<http://kk.rks-gov.net/ferizaj>



DREJTORIA E SHËNDETËSISË DHE MIRËQENIES SOCIALE
UPRAVA ZA ZDRAVSTVA I SOCIALNOG BLAGOSTANJA
DEPARTMENT OF HEALTH & SOCIAL SERVICE

Tel/fax :038/200/46035
Info.Ferizaj@rks-gov.net
Adresa: "Dëshmorët e Kombit" p.n.

FORMA E APLIKIMIT:

EMRI: _____
MBIEMRI: _____
ADRESA: _____
DATËLINDJA: _____
SHKOLLIMI: _____
PROFESIONI: _____

KONTAKTI:

TEL: _____
EMAIL: _____

A KENI QENË NË TË KALUARËN:

- a) PACIENT
- b) PËRCJELLËS I PACIENTIT
- c) ASNJËRA NGA KËTO

JU LUTËM NA TREGONI SE PSE DËSHIRONI TË JENI PJESË E KËSHILLIT TË PACIENTËVE:

Nënshkrimi i aplikuesit:

Data: _____