



FORMULAR APLIKIMI

PËR AKREDITIM

AGJENCIA E SIGURIMIT TË CILËSISË SË KUJDESIT
SHËNDETËSOR DHE SHOQËROR
MINISTRIA E SHËNDETËSISË DHE MBROJTJES SOCIALE



Nëse keni pyetje, lutemi kontaktoni: Tel: + 355 (4) 245 22 86 E-mail: info@asck.gov.al Web: www.asck.gov.al	HAPËSIRË E REZERVUAR VETËM PËR INSTITUCIONIN
Shënim: Ju lutem plotësoni me kujdes dhe qartë informacionin e kërkuar në fushat më poshtë, ME SHKRONJË TË MADHE E NË NGJYRË BLU.	Nr. Prot: Date:

SEKSIONI A: INFORMACION SPECIFIK MBI OFRUESIN

1. Emri i ofruesit kryesor (organizatë/ institucion)

2. Titullari i organizatës/ institucionit

3. NUIS/ NIPT*

Nr. unik i identifikimit të subjektit

INFORMACION MBI PERSONIN E KONTAKTIT:

4. Personi i kontaktit

5. E- mail

6. Numër Tel.

SEKSIONI A1: INFORMACION SPECIFIK MBI BASHKËOFRUESIN

7. Emri i bashkëofruesit tjetër (organizatë/ institucion)

8. Titullari i organizatës/ institucionit

9. NUIS/ NIPT*

Nr. unik i identifikimit të subjektit

INFORMACION MBI PERSONIN E KONTAKTIT:

10. Personi i kontaktit

11. E- mail

12. Numër Tel.
Tel.

13. Emri i bashkëofruesit tjetër (organizatë/ institucion)

14. Titullari i organizatës/ institucionit

15. NUIS/ NIPT*

Nr. unik i identifikimit të subjektit

INFORMACION MBI PERSONIN E KONTAKTIT:

16. Personi i kontaktit

17. E- mail

18. Numër Tel.
Tel.

*NIPT-i shoqërohet me dokumentin e përditësuar të tatimeve të ofruesit për vitin aktual.

Shënim: Nëse janë më shumë bashkëofrues, listoni më poshtë të gjithë informacionin e kërkuar për ta. Asnjë bashkëofrues i aktivitetit nuk duhet të jetë i padeklaruar në këtë formular.

SEKSIONI B: INFORMACION SPECIFIK MBI APLIKIMIN

INFORMACION MBI AKTIVITETIN (3 pikat e para plotësohen vetëm nga QKEV)

1. Titulli i aktivitetit

2. Nr. i dosjes

3. Data e dorëzimit të formularit

4. Lloji i aktivitetit (zgjidh një prej llojeve të mëposhtme)

Konferencë

Seminar

Workshop

Leksion

Tjetër (specifikoni) _____

Trajnim

Trajnim në vendin e punës

Trajnim për trajnerët

5. Titulli i aktivitetit:

6. Fusha që mbulon aktiviteti :

Specialitet mjekësor

Jo specialite¹

7. Vendi ku zhvillohet aktiviteti

8. Data e zhvillimit

9. Kohëzgjatja në ditë

10. Nr. maksimal i pjesëmarrësve

11. Kohëzgjatja në orë efektive² _____ (max. 6 orë efektive në ditë)

12. Metodatat që janë përdorur për vlerësimin e nevojave të profesionistëve

13. Përshkruani shkurtimisht rezultatet e vlerësimit të nevojave të kryer nga ju:

14. Përshkruani shkurtimisht qëllimin e aktivitetit:

¹ Referohet temave të tilla si etika, edukimi shëndetësor, menaxhimi shëndetësor, informatika në shëndetësi, etj

² Orët reale të aktivitetit pa përfshirë kohën e regjistrimit, përshëndetjet, pushimet.

15. Përshkruani objektivat e aktivitetit që priten të arrihen në fund të aktivitetit:

Objektivat të lidhur me njohuritë e profesionistëve:

Objektivat të lidhur me aftësitë e profesionistëve:

Objektivat të lidhur me qëndrimet e profesionistëve:

TË DHËNA MBI TRAJNERËT/ LEKTORËT (Ju lutem bashkëngjitini formularit CV- në e nevojshme)

16. Emër, mbiemër

17. Specialiteti

18. Pozicioni

19. Kategoritë e profesionistëve pjesëmarrës në aktivitet

- Mjek** (specifikoni specialitetin) _____
- Infermier**
- Menaxher/ drejtor**
- Dentist**
- Farmacist**
- Tjetër** (specifikoni) _____

20. A zhvillohet aktiviteti vetëm për stafin e organizatës/ institucionit që e ofron atë?

- Po**
- Jo**

21. Forma që do të përdoret për vlerësimin e aktivitetit nga pjesëmarrësit

(Ju lutem bashkëngjitini formularit të aplikimit një kopje të formularit të vlerësimit)

- Formular vlerësimi Interv-**
- ista me pjesëmarrësit**

22. Forma e vlerësimit të procesit të të mësuarit te pjesëmarrësit (Nëse do të bëhet)

(Ju lutem bashkëngjitini formularit të aplikimit një kopje të formularit të vlerësimit)

- Pyetësor**
- Provim praktik**
- Provim me gojë**
- Provim me shkrim**

23. Nëse është parashikuar përdorimi i një gjuhe të huaj, përkthimi do të jetë:

- Simultan
 I njëpasnjëshëm

24. Metodatat pedagogjike që do të përdoren (Ju lutem bashkëngjitini formularit të aplikimit programin e detajuar)

- Leksion Diskutim Luajtje roli
 Demonstrim Teknik Diskutim rasti Punë në grupe
 Tjetër (specifikoni) _____

25. Materialet didaktike që do të përdoren (Ju lutem bashkëngjitini formularit të aplikimit materialet didaktike)

- Kurrikula/ material reference Prezantimet e lektorëve
 Materiale mbështetëse për pjesëmarrësit Materiale promovuese
 Tjetër (specifikoni) _____

INFORMACION MBI FINANCIMIN E AKTIVITETIT

26. A do të paguajnë profesionistët për ndjekjen e programit:

- Jo
 Po (nëse po, deklaroni sa është pagesa për pjesëmarrësit në aktivitet _____ lek)

27. Aktiviteti financohet nga:

- Buxheti i Ministrisë së Shëndetësisë
 Sponsor Tregtar (specifikoni emrin e sponsorit) _____
 Kuotat e regjistrimit/ ndjekjes së aktivitetit
 Vetë organizata/ institucioni
 Donator (specifikoni emrin e donatorit) _____

28. A është një ose më shumë nga burimet financuese palë interesi komercial?

(Për të deklaruar konfliktin e interesit përdorni formularin që gjeni në Aneksin 1)

- Po
 Jo

SEKSIONI C: DOKUMENTACIONI I PARAQITUR

- CV-të e lektorëve/ trajnerëve të përfshirë në aktivitet ose në përgatitjen e kurrikulave të tij;
 Pyetësorin e vlerësimit të organizimit të aktivitetit;
 Pyetësorin e vlerësimit të procesit të të mësuarit tek pjesëmarrësit (nëse do të ketë vlerësim);
 Programin të detajuar të aktivitetit;
 Të gjitha materialet didaktike që do të përdoren për aktivitetin, si: kurrikula, materiale reference, prezantime dhe materiale mbështetëse për pjesëmarrësit;
 Kopjen e firmosur nga personi i kontaktit të deklaratës mbi konfliktin e interesit (nëse ka konflikt interesi);
 Dokumentin e përditësuar të tatimeve të ofruesit për vitin aktual;
 Kopje të certifikates për profesionistët pjesëmarrës në aktivitet.

Kujtesë:

- Ofruesi duhet të dorëzojë në QKEV listën e pjesëmarrësve sipas formatit të publikuar në www.qkev.gov.al, të firmosur dhe vulosur nga titullari i organizatës që ofron aktivitetin deri 30 ditë pas përfundimit të aktivitetit.
- Certifikata e lëshuar nga ofruesi/ ofruesit duhet të përmbajë emrat e të gjithë ofruesve dhe shënimin "Ky aktivitet është akredituar nga QKEV dhe i njihen X kredite"
- Ofruesi duhet të disponojë kopje të deklaratës mbi konfliktin e interesit, të cilën duhet ta firmosin të gjithë personat e përfshirë në planifikimin ose organizimin e aktivitetit

KLAUZOLA DEKLARATIVE

DEKLARATË MBI KONFLIKTIN E INTERESIT

Emri i aplikantit

Titulli i aktivitetit

Pozicioni

Data e aktivitetit

Ju lutem plotësoni tabelën e mëposhtme sipas kolonave përkatëse:

- A. Listo emrat e entiteteve që ofrojnë produkte ose shërbime shëndetësore (pala e interesit komercial) me përjashtimin e organizatave jofitimprurëse ose qeveritare, si dhe kompanive që nuk zhvillojnë aktivitetin tyre në sektorin shëndetësor, me të cilët keni pasur marrëdhënie financiare gjatë 12 muajve të kaluar, ose vazhdoni të ruani këto marrëdhënie. Gjithashtu, duhet të deklaroni dhe marrëdhëniet financiare të partnerit tuaj për të cilat ju jeni në dijeni.**
- B. Paraqit atë çfarë ju ose partneri juaj përfitoni.**
- C. Përshkruani rolin tuaj ose të partnerit.**

Pala e interesit komercial

Lloji i marrëdhënieve financiare

(Emri i Sponsorit)	Përfitimet	Çfarë roli?
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Shembuj:

Cilat janë përfitimet: Paga, privilegje, e drejta e autorit, honorare, pagesë konsulenti, përfitime personale (rezerva, fonde të shumëllojshme të përbashkëta), ose përfitime të tjera personale.

Roli/ et: punësim, pozicion menaxhues, kontraktues i pavarur (duke përfshirë edhe punë kërkimore), konsultime, pagesa si lektor, mësimdhënie, pjesëmarrje në komitete këshilluese ose panele rishqyrtuese, anëtarësi në bord dhe aktivitete të tjera (ju lutem specifikoni)

Në mungesë të lidhjeve financiare për tu deklaruar, ju lutem shkruani më poshtë:

"Nuk kam asnjë lidhje financiare me ndonjë palë të interesit komercial"

Unë deklaroj se informacioni i mësipërm është i saktë dhe i vërtetë dhe roli im në këtë aktivitet do të bazohet në të dhënat më të mira shkencore dhe të pavarura nga ndikimi i interesit komercial.

Nënshkrimi

Data

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
Data