



Republika e Kosovës
Republika Kosova - Republic of Kosovo
Qeveria - Vlada - Government

Komisioni Qeveritar për Njohjen dhe Verifikimin e Statusit të Personave të dhunuar gjatë Luftës Çlirimtare të Kosovës

FORMULARI PËR APLIKIM*

I. PJESA E PËRGJITHSHME

Numri identifikues i rastit / kodi (Plotësohet nga Sekretariai) _____

Mënyra e aplikimit (shëno me X):

_____ direkt në Sekretariat ;
_____ nëpërmjet Organizatës Joqeveritare të autorizuara;
_____ nëpërmjet Zyrës Regjionale të Departamentit për Familjet e Dëshmorëve, Invalidët e Luftës dhe viktimat civile të luftës

Personi kontaktues :

Aplikuesi/sja

* - *Informatat e dhëna në këtë Formular dhe dokumentacioni i bashkëngjitur do të mbeten konfidenciale dhe do të përdoren nga Komisioni Qeveritar për Njohjen dhe Verifikimin e Statusit të Personave të dhunuar gjatë Luftës Çlirimtare të Kosovës dhe vetën për qëllime të përcaktuara në Ligjin për statusin dhe të drejtat e dëshmorëve, invalidëve, veteranëve, pjesëtarëve të Ushtrisë Çlirimtare të Kosovës, viktimave të dhunës seksuale të luftës, viktimave civile dhe familjarëve të tyre.*

- *Procedura e verifikimit nga ana e Komisionit do të zhvillohet kryesisht përmes pranimit të Formularit të plotësuar dhe dokumentacionit përkatës, i cili do t'i ofrohet Komisionit nga ana e juaj, pa pasur nevojë që pala të paraqitet fizikisht para Komisionit, prandaj duhet t'i kushtoni kujdes të madh plotësimit të saktë të Formularit dhe ofrimit të dokumentacionit përkatës që keni në dispozicion.*

- *Ju keni të drejtë të kërkontë që të paraqiteni personalisht para Komisionit .*

- *Në rast se Formulari nuk është plotësuar si duhet ose ka nevojë në sqarimin e mëtejme të të dhënave të prezantuara nga ju, mund të thirrëni nga Komisioni që të paraqiteni para Komisionit. Ju do të vendosni për të qenë prezentë fizikisht apo jo gjatë procesit të shqyrtimit.*

Personi/organizata e autorizuar

Unë autorizojë

që të më asistojë në plotësimin e këtij aplikacioni. Unë kërkoj nga Komisioni që lidhur me aplikacionin tim të komunikoj përmes emailit, telefonit apo postës me këtë person/organizatë.
(jo e detyrueshme!)

Adresa/ ose Numri për kontaktin e autorizuar/ ose email adresa/ ose skype

.....
.....
.....

Emri, mbiemri i aplikantit/es _____

Data e aplikimit (dita, muaji, viti) _____

Numri personal _____

Numri i telefonit _____

E-maili: _____

II. HISTORIA PERSONALE

HISTORIA PERSONALE E TË MBIJETUARIT / MBIJETUARËS	
Vendi ku ka ndodhë ngjarja traumatike (vendi, komuna)	
Periudha kur ka ndodhur ngjarja traumatike (muaji, viti)	
Përshkrimi i ngjarjes traumatike (përshkruaj në detaje si ka ndodhur ngjarja) <i>*Përdor faqe shitesë sipas nevojës</i>	
Pasojat/dëmet në shëndetin tuaj	
A keni folur me tjetërkënd rreth kësaj çështje (me shoqëri, familje etj.)? <i>Nëse po, ju lutem jepni detaje</i>	
Kryesit e veprës (nëse dihet) (ushtarë, paramilitarë, civil)	

IDENTIFIKIMI I RASTIT/REFERIMI

A keni kërkuar ndonjëherë ndihmë/shërbim lidhur me ngjarjen traumatike? <i>(nëse po, plotëso pjesën djathtas)</i>	Emri/adresa e mjekut:	Emri/adresa e klinikës/spitalit:
	Përshkruani ndihmën/shërbimin e pranuar (medikamentet, trajtimin, etj.)	
	Periodha kur është pranuar ndihma/shërbimi :	
A keni marrë ndonjë ndihmë/shërbim nga ndonjë OJQ apo organizatë tjetër për këtë çështje?	Emri/adresa e organizatës:	
	Emri i personit kontaktues:	
	Përshkruani ndihmën /shërbimin e pranuar	
	Periodha kur është pranuar ndihma/shërbimi :	
VEPRIMET LIGJORE		
A keni dhënë ndonjëherë deklaratë apo dëshmi në lidhje me këtë ngjarje apo për kryesin e veprës, si pjesë e një hetimi. Nëse po, ju lutem plotësoni pyetjet në të djathtë	Për cilin institucion keni dhënë deklaratë/dëshmi?	
	Periodha kur është dhënë deklarata/dëshmia?	
	A jeni në dijeni çfarë ka ndodhë pas deklaratës/dëshmisë që keni dhënë? Nëse po, shpjego.	

III. DOKUMENTET SHITESË – MBËSHTETËSE

Nëse e keni ndonjë dokument shtesë, e që e mbështetë deklaratën tuaj, ju lutem shënoni me X ato që keni dhe bashkëngjitni në aplikacion.

Raport mjekësor	
Raport psikologjik	
Dokument juridik	
Deklaratë e dëshmitarit	
Të tjera (si p.sh. foto që dëshmojnë lëndimet trupore, artikuj të gazetave etj.)	

IV. DEKLARATË PERSONALE

Unë, (emri, mbiemri).

Deklaroj SE:

- Të gjitha informacionet e dhëna janë të sakta.
- Unë e kuptoj dhe pranoj që Komisioni Qeveritar për Njohjen dhe Verifikimin e Statusit të Personave të dhunuar gjatë Luftës Çlirimtare të Kosovës do të shqyrtojë deklaratën time.

VËREJTJE: *Deklarata dhe prezantimi i të dhënave si dhe dëshmime të rrejshme me qëllim të përfitimit të të drejtave ndëshkohet sipas ligjeve në fuqi!*

- Unë e kam lexuar, kuptuar dhe marr përgjegjësi për deklaratën e dhënë.

Nënshkrimi:

Data: . . . / / /

Nënshkrimi, numri personal i personit të autorizuar (nëse keni autorizuar dikë):

.

Data: . . . / /



Republika e Kosovës
Republika Kosova - Republic of Kosovo
Qeveria - Vlada - Government

*Government Commission on Recognition and Verification of the Status of Sexual
Violence Victims during the Kosovo Liberation War*

APPLICATION FORM *

I. GENERAL SECTION

Case Identification Number / Code (To be filled by the Secretariat) _____

Method of application (mark with X):

_____ **directly to the Secretariat;**
_____ **through authorized Non-governmental Organizations;**
_____ **through the Regional Office of the Ministry's Department of
Martyrs' Families, War Invalids and Civilian Victims of the War**

* - *Information given in this Form and documentation attached hereto shall remain confidential and be used by the Government Commission on Recognition and Verification of the Status of the Sexual Violence Victims during the Kosovo Liberation War solely for the purposes defined in the Law on the status and rights of martyrs, invalids, veterans, members of the Kosovo Liberation Army, sexual violence victims of the war, civilian victims and their families.*

- *The procedure of verification by the Commission will be conducted mainly through the receipt of the filled Form and relevant documentation, provided to the Commission by Your side, without having to physically appear before the Commission, therefore, you should pay due attention to accurate completion of the Form and provide relevant documentation available to you.*

- *You are entitled to ask to appear in person before the Commission.*

- *If the Form is not properly completed or needs further clarification of the data submitted by You, the Commission may invite you to appear before the Commission. You will decide whether you want to be present in person during the review proceedings or not.*

Contact person:

_____ **Applicant**

_____ **Authorized person/organization**

Hereby, I authorize

to assist me in filling in this application. As regards my application, I request the Commission to communicate, via e-mail, phone or mail with the abovementioned person/organization (not obligatory!)

Address/ or number of the authorized contact person / or e-mail address/ or Skype

.....
.....
.....

Name, surname of the applicant _____

Date of application (day, month, year) _____

Personal number _____

Phone number _____

E-mail: _____

II. PERSONAL HISTORY

PERSONAL HISTORY OF THE SURVIVOR	
Place where the traumatic event occurred (place, municipality)	
Time period when the traumatic event occurred (month, year)	
Description of the traumatic event (describe in detail how the event occurred) <i>*Use additional pages if necessary</i>	
Consequences/damages to your health	
Have you discussed with anyone else (friends, family, etc.) about this matter? <i>If yes, please provide details</i>	
Perpetrators (if known) (soldiers, paramilitaries, civilians)	

CASE IDENTIFICATION/REFERENCE

<p>Have you ever asked for assistance / service regarding the traumatic event?</p> <p><i>(if yes, please fill in the section on the right)</i></p>	Name/address of the doctor:	Name/address of the clinic/hospital:
	Describe the assistance/service received (medicaments, treatment, etc.)	
	Time period when the assistance/services was/were received:	
<p>Have you received any assistance/service from any NGO or other organization regarding this matter?</p>	Name/address of the organization:	
	Name of the contact person:	
	Describe the assistance/service received	
	Time period when the assistance/services was received:	
<p>LEGAL ACTIONS</p>		
<p>Have you ever given a statement or testimony regarding this event or the perpetrator, as party in an investigation?</p> <p>If yes, please respond to the questions on the right</p>	To which institution have you given your statement/testimony?	
	Period when the statement/testimony was given?	
	Are you aware of what has happened after the statement/testimony you have given? If yes, explain	

III. ADDITIONAL – SUPPORT DOCUMENTATION

If you have any additional document that supports your statement, please mark an X for the ones you have and attach them to the application.

Medical report	
Psychological report	
Legal document	
Witness statement	
Others (such as: pictures proving bodily injuries, newspaper articles, etc.)	



Republika e Kosovës
Republika Kosova - Republic of Kosovo
Qeveria - Vlada - Government

Vladina Komisija za priznavanje i verifikaciju statusa osoba silovanih tokom oslobodilačkog rata Kosova

OBRAZCA ZA PRIJAVLJIVANJE *

I. OPŠTI DEO

Matični broj predmeta / kod (popunjava Sekretarijat) _____

Način prijavljivanja (označite sa X):

_____ **direktno Sekretarijatu;**

_____ **Preko ovlašćenih NVO-a;**

_____ **Preko regionalne kancelarije Odeljenja za porodice palih boraca, ratne vojne invalide i civilne žrtve rata**

* - *Informacije date u ovom obrazcu i priložena dokumentacija će ostati poverljivi i koristiće se od strane Vladine komisije za priznavanje i verifikaciju statusa silovanih lica tokom oslobodilačkog rata Kosova i samo za potrebe definisane u Zakonu o statusu i pravima palih boraca, invalida, veterana, pripadnika Oslobodilačke vojske Kosova, žrtava seksualnog nasilja iz rata, civilnih žrtava i njihovih porodica.*

- *Postupak verifikacije od strane Komisije će se održati uglavnom preko prijema popunjenog obrazca i relevantne dokumentacije, koja će biti podneta Komisiji s'vaše strane, bez potrebe da se stranka fizički pojavi pred Komisijom, dakle, treba da se posveti velika pažnja pravilnom popunjavanju obrazca i podnošenju relevantne dokumentacije koju imate na raspolaganju .*

- *Imate pravo da tražite da se lično pojavite pred Komisijom.*

- *Ako obrazac nije pravilno popunjen, ili je potrebno dodatno pojašnjenje podataka koje ste vi podneli, možete biti pozvani da se pojavite pred Komisijom. Vi ćete odlučiti da li ćete fizički biti prisutni ili ne tokom procesa razmatranja .*

Osoba za kontakt:

___ **Podnosilac prijave**

___ **Ovlašćeno lice /organizacija**

Ovlašćujem..... da mi pomogne u ispunjavanju ove prijave. Pozivam Komisiju da u vezi sa mojom prijavom komunicira putem elektronske pošte, telefona ili pošte sa ovom osobom / organizacijom. (nije obavezno!)

Adresa / ili broj ovlašćenog lica / ili email adresa / ili skype

.....
.....
.....

Ime, prezime aplikanta _____

Datum prijavljivanja (dan, mesec, godina) _____

Lični broj _____

Broj telefona _____

E-maili: _____

II. LIČNI ISTORIЈAT

LIČNI ISTORIЈAT PREŽIVELE /OG	
Mesto gde se desio traumatski događaj (mesto, opština)	
Period kada se traumatski događaj desio (mesec, godina)	
Opis traumatskog događaja (detaljno opisati kako se događaj desio) <i>* Koristite dodatne listove ukoliko je potrebno</i>	
Posledice / oštećenja po vaše zdravlje	
Da li ste razgovarali sa nekim drugim o ovom pitanju (sa društvom, porodicom itd)? <i>Ako da, navedite detalje.</i>	
Počinioca dela (ako je poznat) (vojnici, pripadnici paravojskih formacija, civili)	

IDENTIFIKACIJA SLUČAJA / REFERENCE

Da li ste ikada tražili pomoć / uslugu u vezi sa traumatskim događajem? <i>(ako jeste, popunite deo desno)</i>	Ime/adresa lekara:	Ime/adresa klinike/bolnice:
	Opšište dobijenu pomoć /uslugu (lekove, tretman, idr.)	
	Period kad je primljena pomoć /usluga :	
Da li ste ikada dobili neku pomoć / uslugu od bilo koje NVO ili druge organizacije povodom tog pitanja?	Ime/adresa organizacije:	
	Ime kontaktne osobe:	
	Opšište primljenu pomoć /uslugu	
	Period kad je primljena pomoć /usluga :	
PRAVNE RADNJE		
Da li ste ikada dali izjavu ili dokaze u vezi sa ovim događajem ili za izvršioca dela, u sklopu neke istrage. Ako je tako, molimo vas da popunite pitanja desno	Kojoj instituciji ste podneli izjavu / dokaze?	
	Period kada je data izava /dokaz?	
	Da li ste upoznati sa tim šta se desilo nakon izjave /dokaza koji ste podneli? Ako je odgovor da, objasnite	

III. DOKUMENTA U PRILOGU – ZA PODRŠKU

Ako imate bilo kakav dodatni dokument, a koji podržava vašu izjavu, molimo vas da označite sa **X** ono što imate i priložite uz zahtev

Medicinski izveštaj	
Psihološki izvještaj	
Pravni dokument	
Izjava svedoka	
Ostalo (kao što su fotografije koje pokazuju telesne povrede, novinski članci i sl)	

IV. LIČNA IZJAVA

Ja, (ime, prezime).

IZJAVLJUJEM DA:

- Sve podnete informacije su tačne..

- Razumem i prihvatam da će Komisija Vlade za priznavanje i verifikaciju statusa silovanih lica tokom oslobodilačkog rata Kosova razmotriti moju izjavu.

***NAPOMENA:** Izjava i prezentacija podataka kao i lažnih dokaza u nameri da se ostvare prava se kažnjava u skladu sa važećim zakonima ! !*

Pročitao sam, razumeo i preuzimam odgovornost za podnetu izjavu.

Potpis:

Datum: / /

Potpis, lični broj ovlašćenog lica (ako ste ovlastili nekoga) :

.....

Datum: / /