



CERTIFICADO MÉDICO PARA LA CONCESIÓN DE PRESTACIONES FAMILIARES

Reglamento (CEE) nº 1408/71: artículo 73; artículo 74; artículo 77; artículo 78
Reglamento (CEE) nº 574/72: artículo 86; artículo 88; artículo 90; artículo 91; artículo 92

A. Solicitud de certificación

Deberá cumplimentarla la institución competente para la concesión de las prestaciones familiares.

1.	Solicitante de prestaciones familiares	
	<input type="checkbox"/> Trabajador por cuenta ajena	<input type="checkbox"/> Pensionista (régimen de trabajadores por cuenta ajena)
	<input type="checkbox"/> Trabajador por cuenta propia	<input type="checkbox"/> Pensionista (régimen de trabajadores por cuenta propia)
	<input type="checkbox"/> Persona distinta de las citadas anteriormente	<input type="checkbox"/> Huérfano

1.1.	Apellido(s) ^(1 bis) :	
1.2.	Nombre:	Apellidos anteriores ^(1 bis) :	Lugar de nacimiento ⁽²⁾ :
1.3.	Fecha de nacimiento: Sexo:	Nacionalidad:	Número de identificación o seguro ⁽³⁾ :
1.4.	Dirección ⁽⁴⁾ :		

2.	Persona a la que se refiere el presente certificado médico		
2.1.	Apellido(s) ^(1 bis) :		
2.2.	Nombre:	Apellidos anteriores ^(1 bis) :
2.3.	Lugar de nacimiento ⁽²⁾ :	Fecha de nacimiento:	Sexo: Número de identificación o seguro ⁽³⁾ :
2.4.	Dirección ⁽⁴⁾ :		

3.	Institución competente para la concesión de las prestaciones familiares		
3.1.	Denominación:		
3.2.	Dirección ⁽⁴⁾ :		
3.3.	Número de referencia del expediente:		
3.4.	Sello:	3.5. Fecha:
		3.6. Firma:

B. Certificación

Deberá cumplimentarla el médico designado por el organismo de enlace ⁽⁵⁾ ⁽⁶⁾ del país de residencia de la persona examinada y enviarse a la institución indicada en el recuadro 3.

4.

- 4.1. a) Las facultades físicas o mentales de la persona examinada: están disminuidas no están desminuidas
En caso afirmativo, porcentaje de disminución: %
- b) La persona examinada: es capaz de ganarse la vida
 es incapaz de ganarse la vida y de continuar estudios de formación profesional debido a una deficiencia física o mental
- c) La persona examinada: es no es ama de casa
En caso afirmativo: está no está en condiciones de realizar las labores del hogar
- d) Observaciones:
.....
.....
.....
- e) Descripción del estado de la persona examinada:
.....
.....
.....
- 4.2. Fecha del inicio de la discapacidad o enfermedad (indíquese con la mayor precisión posible):
.....
- 4.3. Duración probable:
- 4.4. a) Un nuevo reconocimiento: es necesario no es necesario
b) En caso afirmativo, fecha del reconocimiento:

5.

- 5.1. Apellidos y nombre del médico:
- 5.2. Dirección ⁽⁴⁾:
- 5.3. Fecha:
.....
- 5.4. Firma:
.....

INSTRUCCIONES

El formulario deberá cumplimentarse en caracteres de imprenta, utilizando únicamente las líneas de puntos. No podrá suprimirse ninguna de las tres páginas de que consta, aunque no contenga ningún dato relevante. Deberá cumplimentarse en la lengua del médico que expide el certificado.

NOTAS

- (¹) Código del país al que pertenece la institución que cumplimenta el formulario: BE = Bélgica; CZ = República Checa; DK = Dinamarca; DE = Alemania; EE = Estonia; GR = Grecia; ES = España; FR = Francia; IE = Irlanda; IT = Italia; CY = Chipre; LV = Letonia; LT = Lituania; LU = Luxemburgo; HU = Hungría; MT = Malta; NL = Países Bajos; AT = Austria; PL = Polonia; PT = Portugal; SI = Eslovenia; SK = Eslovaquia; FI = Finlandia; SE = Suecia; UK = Reino Unido; IS = Islandia; LI = Liechtenstein; NO = Noruega; CH = Suiza.
- (^{1 bis}) Para los nacionales españoles, indicar los dos apellidos de nacimiento. Para los nacionales portugueses, indicar el nombre completo (nombre, apellido y apellido de soltera) en el orden en el que aparecen en el documento de identidad o el pasaporte.
- (²) En el caso de localidades portuguesas, indicar también la parroquia y el municipio.
- (³) Si el formulario va destinado a una institución checa, indicar el número de nacimiento; a una institución chipriota, indicar el número de identificación en el caso de los ciudadanos chipriotas, y el número del certificado de registro de extranjeros en el caso de los ciudadanos no chipriotas; a una institución danesa, indicar el número *CPR*; a una institución finlandesa, indicar el número del registro de población; a una institución sueca, indicar el número personal (*personnummer*); a una institución islandesa, indicar el número de identificación personal (*kennitala*); a una institución letona, indicar el número de identidad; a una institución de Liechtenstein, indicar el número de seguro *AHV*; a una institución lituana, indicar el número de identificación personal; a una institución húngara, indicar el número de identificación de la seguridad social (*TAJ*); a una institución maltesa, indicar el número del documento de identidad en el caso de los ciudadanos malteses, y el de la seguridad social, en el caso de los ciudadanos no malteses; a una institución noruega, indicar el número de identificación personal (*fødselsnummer*); a una institución belga, indicar el número de la seguridad social nacional (*NISS*); a una institución alemana del régimen general de seguros de pensiones, indicar el número de seguro (*VSNR*); a una institución española, indicar el número que figura en el documento nacional de identidad (DNI), o el NIE en el caso de los ciudadanos no españoles, aun cuando el documento esté caducado; a una institución polaca, indicar los números *PESEL* y *NIP*; a una institución portuguesa, indicar también el número de registro en el régimen general de pensiones, si el interesado ha estado asegurado en virtud del sistema de seguridad social de los funcionarios públicos de Portugal; a una institución eslovaca, indicar el número de nacimiento; a una institución eslovena, indicar el número de identificación personal (*EMŠO*); a una institución suiza, indicar el número de seguro *AVS/AI (AHV/IV)*.
- (⁴) Calle, número, código postal, localidad, país.
- (⁵) O el médico de la caja designado por el organismo de enlace.
- (⁶) En Eslovenia, es el médico elegido.
-