



ZAŚWIADZENIE LEKARSKIE DLA POTRZEB PRYZNANIA ŚWIADCZEŃ RODZINNYCH

Rozp. 1408/71: art. 73; art. 74; art. 77; art. 78
Rozp. 574/72: art. 86; art. 88; art. 90; art. 91; art. 92

A. Wniosek o zaświadczenie

Wypełnia instytucja właściwa do przyznawania świadczeń rodzinnych.

1.	Osoba występująca o świadczenia rodzinne			
	<input type="checkbox"/> Osoba zatrudniona	<input type="checkbox"/> Emeryt/rencista (system dla osób zatrudnionych)		
	<input type="checkbox"/> Osoba pracująca na własny rachunek	<input type="checkbox"/> Emeryt/rencista (system dla osób pracujących na własny rachunek)		
	<input type="checkbox"/> Osoba inna niż wyżej wymienione	<input type="checkbox"/> Sierota		
	1.1. Nazwisko ^(1a)			
1.2. Imię (imiona)		Poprzednie imiona i nazwiska ^(1a)		Miejsce urodzenia ⁽²⁾
1.3. Data urodzenia	Płeć	Obywatelstwo	Numer identyfikacyjny/ubezpieczenia ⁽³⁾	
1.4. Adres ⁽⁴⁾

2.	Osoba, której dotyczy zaświadczenie lekarskie			
	2.1. Nazwisko ^(1a)			
	2.2. Imię (imiona)		Poprzednie imiona i nazwiska ^(1a)	
	2.3. Miejsce urodzenia ⁽²⁾	Data urodzenia	Płeć	Numer identyfikacyjny/ubezpieczenia ⁽³⁾
	2.4. Adres ⁽⁴⁾			

3.	Instytucja właściwa do przyznawania świadczeń rodzinnych			
	3.1. Nazwa			
	3.2. Adres ⁽⁴⁾			
	3.3. Sygnatura akt			
	3.4. Pieczęć		3.5. Data	
			3.6. Podpis	

B. Zaświadczenie

Wypełnia lekarz wyznaczony przez instytucję łącznikową ⁽⁵⁾ ⁽⁶⁾ w państwie zamieszkania osoby badanej i przesyła do instytucji wymienionej w punkcie 3.

4.

4.1. a) Zdolności fizyczne lub umysłowe badanej osoby zmniejszyły się nie zmniejszyły się
Jeśli tak, proszę podać wielkość ubytku:.....%

b) Osoba badana jest w stanie zarabiać na swoje utrzymanie
 nie jest w stanie zarabiać na swoje utrzymanie z powodu ograniczenia zdolności fizycznych lub umysłowych, a kontynuuje naukę na szkoleniu zawodowym

c) Osoba badana jest nie jest gospodynią domową
Jeśli tak, proszę wskazać czy: jest nie jest w stanie dbać o dom

d) Uwagi:
.....
.....
.....

e) Opis stanu osoby badanej:
.....
.....
.....

4.2. Data wystąpienia niepełnosprawności lub choroby (jak najdokładniej):
.....

4.3. Prawdopodobny czas trwania:

4.4. a) Dalsze badanie jest konieczne nie jest konieczne
b) Jeśli jest, proszę podać termin badania:

5.

5.1. Nazwisko i imię (imiona) lekarza:

5.2. Adres ⁽⁴⁾

5.3. Data
.....

5.4. Podpis
.....

POUCZENIE

Proszę wypełnić formularz drukowanymi literami, wpisując tekst wyłącznie w miejscach wy kropkowanych. Formularz składa się z trzech stron, z których żadnej nie można pominąć, nawet jeśli nie zawiera stosownych informacji. Formularz powinien być wypełniony w języku lekarza wystawiającego zaświadczenie.

UWAGI

- (¹) Symbol państwa, którego instytucja wypełnia formularz: BE = Belgia; CZ = Czechy; DK = Dania; DE = Niemcy; EE = Estonia; GR = Grecja; ES = Hiszpania; FR = Francja; IE = Irlandia; IT = Włochy; CY = Cypr; LV = Łotwa; LT = Litwa; LU = Luksemburg; HU = Węgry; MT = Malta; NL = Niderlandy; AT = Austria; PL = Polska; PT = Portugalia; SI = Słowenia; SK = Słowacja; FI = Finlandia; SE = Szwecja; UK = Zjednoczone Królestwo; IS = Islandia; LI = Lichtenstein; NO = Norwegia; CH = Szwajcaria.
- (^{1a}) W przypadku obywateli Hiszpanii należy podać obydwa nazwiska rodowe. W przypadku obywateli Portugalii należy podać pełne dane (imiona, nazwisko, nazwisko panieńskie) w kolejności określonej przez stan cywilny, w jakiej występują w dowodzie tożsamości lub w paszporcie.
- (²) W przypadku dzielnic portugalskich należy podać też parafię i władze lokalne.
- (³) Jeśli formularz ma być przesłany do instytucji czeskiej, należy podać numer urodzenia; do instytucji cypryjskiej, w przypadku obywatela Cypru należy podać Cypryjski Numer Identyfikacyjny, w przypadku cudzoziemca należy podać Numer Zaświadczenia Rejestrującego Cudzoziemca (ARC); do instytucji duńskiej, należy podać numer CPR; do instytucji fińskiej, należy podać numer rejestru ludności; do instytucji szwedzkiej, należy podać numer osobisty (*personnummer*); do instytucji islandzkiej, należy podać osobisty numer identyfikacyjny (*kennitala*); do instytucji łotewskiej, należy podać numer identyfikacyjny; do instytucji w Lichtensteinie, należy podać numer ubezpieczenia AHV; do instytucji litewskiej, należy podać osobisty numer identyfikacyjny; do instytucji węgierskiej, należy podać numer TAJ (numer identyfikacyjny ubezpieczenia społecznego); do instytucji maltańskiej, w przypadku obywateli Malty należy podać numer dowodu tożsamości, w przypadku cudzoziemców należy podać numer maltańskiego ubezpieczenia społecznego; do instytucji norweskiej, należy podać numer identyfikacyjny (*fødselsnummer*); do instytucji belgijskiej, należy podać numer państwowego ubezpieczenia społecznego (NISS); do niemieckiej instytucji powszechnego systemu ubezpieczenia emerytalno-rentowego, należy podać numer ubezpieczenia (VSNR); do instytucji hiszpańskiej, należy podać numer znajdujący się w krajowym dokumencie tożsamości (DNI) lub N.I.E. w przypadku cudzoziemców, nawet jeśli termin ważności tego dokumentu upłynął; do instytucji polskiej, należy podać numery PESEL i NIP; do instytucji portugalskiej, należy podać także numer rejestracyjny w powszechnym systemie emerytalno-rentowym, jeśli zainteresowany był ubezpieczony w systemie ubezpieczenia społecznego dla pracowników służby cywilnej w Portugalii; do instytucji słowackiej, należy podać numer urodzenia; do instytucji słoweńskiej, należy podać osobisty numer identyfikacyjny (EMŠO); do instytucji szwajcarskiej, należy podać numer ubezpieczenia AVS/AI (AHV/IV).
- (⁴) Ulica, numer domu, kod pocztowy, miejscowość, państwo.
- (⁵) Lub lekarz z kasy wyznaczonej przez instytucję łącznikową.
- (⁶) W Słowenii jest to wybrany lekarz.
-