



**CERTIFICADO MÉDICO PARA LA CONCESIÓN DE UN SUBSIDIO FAMILIAR ESPECIAL O DE SUBSIDIOS FAMILIARES
INCREMENTADOS PARA HIJOS CON MINUSVALÍAS**

*Reglamento (CEE) n° 1408/71: artículo 73; artículo
Reglamento (CEE) n° 574/72: artículo 86; artículo 88*

A. Solicitud de certificación

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

1. Trabajador por cuenta ajena Trabajador por cuenta propia

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

2. Hijo para el que se solicita la presente certificación

| | | | |
|---|----------------------|-------|--|
| 2.1. Apellido(s) ^(1 bis) : | | | |
| | | | |
| 2.2. Nombre: | | | |
| | | | |
| 2.3. Lugar de nacimiento ^(1 ter) : | Fecha de nacimiento: | Sexo: | Número de identificación o de seguro ^(1 quater) : |
| | | | |
| 2.4. Dirección ⁽²⁾ : | | | |
| | | | |
| | | | |

3. Institución competente para la concesión de las prestaciones familiares

| | |
|---|-------------|
| 3.1. Denominación: | |
| 3.2. Dirección ⁽²⁾ : | |
| | |
| 3.3. Número de referencia del expediente: | |
| 3.4. Sello: | 3.5. Fecha: |
| | |
| | 3.6. Firma: |
| | |
| | |

4.9. Tratamiento, incluidas rehabilitación y readaptación. ¿Qué tipos de tratamiento se aplican?

.....

¿Desde qué fecha?

¿Qué tipos de tratamiento se aconsejan?

— Cirugía:

.....

— Hospitalizaciones (en los tres últimos años):

— Tratamiento a domicilio (medicamentos, etc.): ¿Desde qué fecha?/...../.....

..... ¿Desde qué fecha?/...../.....

..... ¿Desde qué fecha?/...../.....

— Rehabilitación: Inicio Frecuencia ¿Dónde?

Logopedia:

Fisioterapia:

Terapia ocupacional:

(Psico)terapia:

primera ayuda a domicilio:

4.10. Medidas de educación y formación

¿Qué tipos de educación y formación se facilitan?

.....

¿Desde qué fecha?

¿Qué educación y formación se aconsejan?

4.11. Pronóstico

Especifíquese:

.....

4.12. Código de enfermedad de la CIE (Clasificación internacional de enfermedades — OMS):

4.13. Inicio de la enfermedad:

4.14. Fecha del próximo control:

5.

5.1. Apellidos y nombre del médico:

5.2. Dirección (²):

.....

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 cuatro 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.
- (^{1bis}) 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 del registro civil, tal como aparece en el documento de identidad o el pasaporte.
- (^{1ter}) En el caso de localidades portuguesas, indicar también la parroquia y el municipio.
- (^{1quater}) 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)*. En caso de que no se posea, indicar expresamente «ninguno».
- (²) Calle, número, código postal, localidad, país.
- (³) Debe completarse únicamente si la institución competente para la concesión de las prestaciones familiares es belga o eslovaca.
- (⁴) En Eslovenia, la cumplimenta una comisión médica nombrada por el Ministro de Trabajo, Familia y Asuntos Sociales.