

CERTIFICAT MEDICAL ÎN VEDEREA ACORDĂRII PRESTAȚIILOR FAMILIALE

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

A. Cerere de certificat

A se completa de către instituția competentă pentru acordarea prestațiilor familiale.

1	Solicitantul de prestații familiale			
	<input type="checkbox"/> Salariat		<input type="checkbox"/> Titular de pensie (regim salariați)	
	<input type="checkbox"/> Lucrător independent		<input type="checkbox"/> Titular de pensie (regim lucrători independenți)	
	<input type="checkbox"/> Alte persoane decât cele menționate		<input type="checkbox"/> Orfan	
1.1	Nume (^{1a}):			
1.2	Prenume	Nume anterior(^{1a})	Locul nașterii (²)	
1.3	Data nașterii	Sex	Naționalitate	Număr de identificare/asigurare (³)
1.4	Adresa (⁴):			

2	Persoana care face obiectul certificatului medical			
2.1	Nume (^{1a}):			
2.2	Prenume	Nume anterior(^{1a})		
2.3	Locul nașterii (²)	Data nașterii	Sex	Număr de identificare/ asigurare (³)
2.4	Adresa (⁴):			

3	Instituția competentă pentru acordarea prestațiilor familiale			
3.1	Denumire :			
3.2	Adresă (⁴):			
3.3	Număr de referință al dosarului :			
3.4	Ștampila	3.5	Data :	
		3.6	Semnătura	
			

B. Certificat

A se completa de către medicul desemnat de organismul de legătură ⁽⁵⁾(⁶) din țara de reședință a persoanei examinate și a se adresa instituției menționate la rubrica 3.

4

4.1 a) Facultățile fizice sau mentale ale persoanei examinate
 sunt diminuate nu sunt diminuate
 În cazul unui răspuns afirmativ, procentajul de diminuare: %

b) Persoana examinată este capabilă să-și câștige existența
 este incapabilă să-și câștige existența și să continue formarea profesională ca urmare a unei deficiențe fizice sau mentale

c) Persoana examinată este casnică nu este casnică
 În cazul unui răspuns afirmativ: este aptă nu este aptă să asigure treburile gospodăriei

d) Observații:

e) Descrierea stării persoanei examinate:

4.2 Data de începere a infirmității sau a bolii (cât mai precis posibil) :

4.3 Durata probabilă:

4.4 a) Un nou examen medical este necesar nu este necesar
 b) În cazul unui răspuns afirmativ, data examenului medical :

5

5.1 Numele și prenumele medicului:

5.2 Adresa (⁴) :

5.3 Data :

5.4 Semnătura

INSTRUCȚIUNI

Formularul trebuie să fie completat cu litere de tipar, utilizând numai spațiile punctate. El se compune din 3 pagini; nici una dintre acestea nu poate fi suprimată, chiar dacă nu conține nici o mențiune utilă. Acest formular este completat în limba medicului care întocmește certificatul

NOTE

- (1) Sigla țării căreia aparține instituția care completează formularul: BE = Belgia; CZ = Republica Cehă; DK = Danemarca ; DE = Germania; EE = Estonia; GR = Grecia; ES = Spania; FR = Franța; IE = Irlanda; IT = Italia; CY = Cipru; LV = Letonia; LT= Lituania; LU = Luxemburg; HU = Ungaria; MT = Malta; NL = Țările de Jos; AT = Austria; PL = Polonia; PT = Portugalia; SI = Slovenia; SK = Slovacia; FI = Finlanda; SE = Suedia; UK = Regatul Unit; IS = Islanda; LI = Liechtenstein; NO = Norvegia; CH = Elveția.
 - (1a) Pentru resortisanții spanioli, a se indica cele două nume de naștere. Pentru resortisanții portughezi, a se indica toate numele (prenume, nume, numele înainte de căsătorie) conform stării civile, așa cum este înscrisă în cartea de identitate sau pașaport.
 - (2) Pentru regiunile portugheze, a se indica de asemenea parohia și autoritatea locală.
 - (3) În cazul în care formularul este trimis la o instituție cehă, a se menționa numărul nașterii; în cazul unei instituții cipriote, pentru resortisantul cipriot, a se indica numărul de identificare cipriot, dacă nu este resortisant cipriot, numărul din certificatul de înregistrare al străinilor (ARC); în cazul unei instituții daneze, a se indica numărul CPR ; în cazul unei instituții finlandeze, a se indica numărul de înregistrare al populației ; în cazul unei instituții suedeze, a se indica numărul personal (personnummer) ; în cazul unei instituții islandeze, a se indica numărul personal de identificare (kennitala); în cazul unei instituții din Liechtenstein, a se indica numărul de asigurare AHV; în cazul unei instituții lituaniene, a se indica numărul personal de identificare; în cazul unei instituții din Letonia, a se indica numărul de identitate de stat; în cazul unei instituții din Ungaria, a se indica numărul TAJ (identificarea asigurării sociale); în cazul unei instituții din Malta, pentru resortisanții maltezi, a se indica numărul cardului de identitate, sau, pentru persoanele care nu au naționalitate malteză, a se indica numărul de securitate socială maltez; în cazul unei instituții norvegiene, a se indica numărul personal de identificare (fødselsnummer); în cazul unei instituții belgiene, a se indica numărul de securitate socială național (NISS); în cazul unei instituții germane privind sistemul general de asigurări de pensie, a se indica numărul de asigurare (VSNR); în cazul unei instituții spaniole, a se indica numărul care apare pe cardul național de identitate (DNI) sau NIE, în cazul cetățenilor străini, chiar și în situația în care cardul este expirat; în cazul unei instituții poloneze, a se indica numerele PESEL și NIP; în cazul unei instituții portugheze, a se indica numărul de înregistrare din sistemul general de pensii, dacă persoana în cauză a fost asigurată în sistemul de securitate socială pentru funcționarii publici în Portugalia; în cazul unei instituții slovace, a se indica numărul de naștere; în cazul unei instituții din Slovenia, a se indica numărul personal de identificare (EMSO) și numărul fiscal; în cazul unei instituții suedeze, a se indica numărul de asigurare AVS/AI (AHV/IV).
 - (4) Stradă, număr, cod poștal, localitate, țară.
 - (5) Sau medicul casei desemnate de organismul de legătură.
 - (6) În Slovenia, acesta este medicul ales.
-

CERTIFICAT MEDICAL ÎN VEDEREA ACORDĂRII PRESTAȚIILOR FAMILIALE CONFORM LEGILAȚIEI POLONEZE

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

A se folosi în scopul acordării prestațiilor familiale pe baza stării de sănătate a membrilor de familie, conform legislației poloneze

A. Cerere de certificat

A se completa de către instituția poloneză competentă pentru acordarea prestațiilor familiale.

1	Solicitantul de prestații familiale			
	<input type="checkbox"/> Salariat			<input type="checkbox"/> Titular de pensie (regim salariați)
	<input type="checkbox"/> Lucrător independent			<input type="checkbox"/> Titular de pensie (regim lucrători independenți)
	<input type="checkbox"/> Alte persoane decât cele menționate			<input type="checkbox"/> Orfan
1.1	Nume (¹):			
1.2	Prenume	Nume anterior(1)	Locul nașterii (²)	
			
1.3	Data nașterii	Sex	Naționalitate	Numerele PESEL și NIP

1.4	Adresa (³):			
			

2	Persoana care face obiectul certificatului medical			
2.1	Nume (¹):			
2.2	Prenume	Nume anterior(1)		
			
2.3	Locul nașterii (²)	Data nașterii	Sex	
	
2.4	Adresa (³):			
			

3	Instituția competentă pentru acordarea prestațiilor familiale			
3.1	Denumire :			
3.2	Adresă (³):			
			
3.3	Număr de referință al dosarului :			
3.4	Ștampila	3.5	Data :
		3.6	Semnătura
			

B. Certificat

A se completa de către medicul desemnat de organismul de legătură ⁽¹⁾ din țara de reședință a persoanei examinate și a se adresa instituției menționate la rubrica 3. În funcție de vârsta persoanei căreia i se adresează certificatul, trebuie completată partea I sau partea II a acestuia. În funcție de starea de sănătate a persoanei în vârstă de peste 16 ani, se va completa partea IIa sau partea IIb.

I. Se adresează copiilor sub 16 ani

4	Handicap
4.1.	Vârsta copilului în ziua examenului medical:.....ani.....luni..... Greutatea copiluluiÎnălțime
4.2.	Perioada presupusă de afecțiuni fizice sau mentale datorate malformațiilor congenitale, bolilor pe termen lung sau vătămarilor corporale este mai mare de 12 luni: <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Nu
4.3.	Necesită îngrijire permanentă pentru a-și îndeplini nevoile minime de trai într-o modalitate corespunzătoare vârstei persoanei..... <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Nu

II. Se adresează copiilor peste 16 ani**a. Grad avansat de handicap (datorat afecțiunilor fizice)**

4.4.	Capacitate de muncă limitată :		
	(a) incapabil de muncă	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Nu
	(b) capabil de muncă doar în condiții de protecție a muncii	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Nu
4.5.	Necesită una dintre următoarele forme de îngrijire în vederea îndeplinirii activităților sociale:		
	(a) îngrijire permanentă și asistență din partea altora	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Nu
	(b) îngrijire pe termen lung și asistență din partea altora	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Nu
4.6.	Este incapabil/ă de un mod de viață independent	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Nu

b. Grad mediu de handicap (datorat afecțiunilor fizice)

4.7.	Capacitate de muncă limitată:		
	(a) incapabil de muncă	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Nu
	(b) capabil de muncă doar în condiții de protecție a muncii	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Nu
4.8.	Necesită una dintre următoarele forme de îngrijire în vederea îndeplinirii activităților sociale:		
	(a) îngrijire temporară și asistență din partea altora	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Nu
	(b) îngrijire parțială și asistență din partea altora	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Nu
4.9.	Perioada când s-a stabilit handicapul: înainte de vârsta de 16 ani	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Nu

5.

5.1	Numele și prenumele doctorului :		
5.2	Adresă ⁽³⁾ :		
5.3	Ștampila	5.4	Data :
		5.5	Semnătura

INSTRUCȚIUNI

Formularul trebuie să fie completat cu litere de tipar, utilizând numai spațiile punctate. În alte locuri a se marca răspunsul prin DA sau NU. A se completa în limba medicului care eliberează certificatul

NOTE

- (1) Pentru resortisanții spanioli, a se indica cele două nume de naștere. Pentru resortisanții portughezi, a se indica toate numele (prenume, nume, numele înainte de căsătoriei) în ordinea de stare civilă în care apar în cartea de identitate sau pașaport.
- (2) Pentru regiunile portugheze, a se indica de asemenea parohia și autoritatea locală.
- (3) Stradă, număr, cod poștal, localitate, țară.
- (4) Sau medicul casei desemnate de organismul de legătură.

INFORMARE

Conform legislației poloneze, persoanele sub 16 ani sunt considerate persoane cu handicap dacă au afecțiuni fizice sau mentale pe o perioadă mai lungă de 12 luni, datorate malformațiilor congenitale, bolilor pe termen lung sau vătămarilor corporale și necesită îngrijire permanentă sau suport pentru îndeplinirea necesităților minime de trai, într-o modalitate adecvată vârstei persoanei.

Bifarea DA la punctele 4.2 sau 4.3 înseamnă că o persoană are handicap conform legislației poloneze.

În conformitate cu legislația poloneză, persoanele pot fi încadrate în trei grade de handicap datorate afecțiunilor fizice și mentale: avansat, mediu și redus.

- o persoană cu handicap avansat este o persoană care are afecțiuni fizice, care este incapabilă de muncă sau capabilă să muncească în condiții de muncă protejată, care nu este în măsură să ducă un mod de viață independent și necesită îngrijire permanentă sau pe termen lung și suport din partea altor persoane în vederea îndeplinirii activităților sociale.
- o persoană cu handicap mediu este o persoană care prezintă afecțiuni fizice, care este incapabilă să muncească sau capabilă să muncească în condiții de muncă protejată și care necesită îngrijire temporară sau parțială și suport din partea altor persoane în vederea îndeplinirii activităților sociale.

Bifarea DA la punctele 4.4a, 4.5a, 4.6 sau 4.4a, 4.5b, 4.6 sau 4.4b, 4.5a, 4.6 sau 4.4b, 4.5b, 4.6 înseamnă că o persoană prezintă handicap avansat; 4.7a sau 4.7b sau 4.8a sau 4.8b înseamnă că o persoană prezintă handicap mediu.