



LEKÁRSKE POTVRDENIE NA ÚČELY PRIZNANIA RODINNÝCH DÁVOK

Nariadenie č. 1408/71: článok 73; článok 74; článok 77; článok 78
Nariadenie č. 574/72: článok 86; článok 88; článok 90; článok 91; článok 92

A. Žiadosť o potvrdenie

Vyplní inštitúcia príslušná pre priznanie rodinných dávok.

1.	Žiadateľ o rodinné dávky	<input type="checkbox"/>	Dôchodca (systém pre zamestnancov)
	<input type="checkbox"/> Zamestnanec	<input type="checkbox"/>	Dôchodca (systém pre samostatne zárobkovo činné osoby)
	<input type="checkbox"/> Samostatne zárobkovo činná osoba	<input type="checkbox"/>	Sirota
	<input type="checkbox"/> Iné osoby, ako sú uvedené vyššie		
1.1. Priezvisko ^(1a)			
1.2. Mená Predchádzajúce priezviská ^(1a) Miesto narodenia ⁽²⁾			
1.3. Dátum narodenia Pohlavie Štátna príslušnosť Identifikačné/poistné číslo ⁽³⁾			
1.4. Adresa ⁽⁴⁾			

2.	Osoba, na ktorú sa vzťahuje lekárske potvrdenie		
2.1. Priezvisko ^(1a)			
2.2. Mená Predchádzajúce priezviská ^(1a)			
2.3. Miesto narodenia ⁽²⁾ Dátum narodenia Pohlavie Identifikačné/poistné číslo ⁽³⁾			
2.4. Adresa ⁽⁴⁾			

3.	Inštitúcia príslušná pre priznanie rodinných dávok		
3.1. Názov			
3.2. Adresa ⁽⁴⁾			
3.3. Referenčné číslo spisu			
3.4. Pečiatka		3.5. Dátum	
		3.6. Podpis	

B. Potvrdenie

Vyplní lekár určený styčným orgánom ⁽⁵⁾ ⁽⁶⁾ v krajine bydliska vyšetrovanej osoby a zašle ho inštitúcii uvedenej v tabuľke 3.

4.

4.1. a) Fyzické a duševné schopnosti vyšetrovanej osoby sa znížili sa neznížili
 Ak áno, uveďte percento zníženia:%

b) Vyšetovaná osoba je schopná zarábať si na živobytie
 nie je schopná zarábať si na živobytie a pokračovať v príprave na povolanie štúdiom z dôvodu fyzickej alebo mentálnej nedostatočnosti

c) Vyšetovaná osoba je nie je ženou v domácnosti
 Ak áno, uveďte či: je nie je v takom zdravotnom stave, aby sa mohla starať o domácnosť

d) Zistenia:

e) Opis stavu vyšetrovanej osoby:

4.2. Dátum začiatku zdravotného postihnutia alebo choroby (čo najpresnejšie):

4.3. Pravdepodobné trvanie:

4.4. a) Ďalšie vyšetrenie je potrebné nie je potrebné
 b) Ak áno, uveďte dátum vyšetrenia:

5.

5.1. Priezvisko a mená lekára

5.2. Adresa ⁽⁴⁾

5.3. Dátum

5.4. Podpis

POKYNY

Vyplňte, prosím, tento formulár tlačeným písmom a píšete len na vybodkované riadky. Pozostáva z troch strán, z ktorých žiadna sa nemôže vynechať, ani vtedy, ak neobsahuje žiadne relevantné informácie. Vyplňte ho v jazyku inštitúcie uvedenej v tabuľke 5.

POZNÁMKY

- (¹) Symbol krajiny, kam patrí inštitúcia, ktorá vyplní tento formulár: BE = Belgicko; CZ = Česká republika; DK = Dánsko; DE = Nemecko; EE = Estónsko; GR = Grécko; ES = Španielsko; FR = Francúzsko; IE = Írsko; IT = Taliansko; CY = Cyprus; LV = Lotyšsko; LT = Litva; LU = Luxembursko; HU = Maďarsko; MT = Malta; NL = Holandsko; AT = Rakúsko; PL = Poľsko; PT = Portugalsko; SI = Slovinsko; SK = Slovensko; FI = Fínsko; SE = Švédsko; UK = Spojené kráľovstvo; IS = Island; LI = Lichtenštajnsko; NO = Nórsko; CH = Švajčiarsko.
- (^{1a}) V prípade španielskych štátnych príslušníkov uveďte obidve mená. V prípade portugalských štátnych príslušníkov uveďte všetky mená (mená, priezviská, rodné priezviská) v poradí osobného stavu, ako sú uvedené v preukaze totožnosti alebo v pase.
- (²) V prípade portugalských okresov uveďte tiež farnosť a miestny úrad.
- (³) Ak sa formulár zasiela českej inštitúcii, uveďte rodné číslo; cyperskej inštitúcii: v prípade cyperského štátneho príslušníka uveďte cyperské číslo totožnosti, v prípade iného ako cyperského štátneho príslušníka uveďte číslo cudzineckého registračného certifikátu (ARC); dánskej inštitúcii: uveďte číslo CPR; fínskej inštitúcii: uveďte registračné číslo obyvateľstva; švédskej inštitúcii: uveďte osobné číslo (personnummer); islandskej inštitúcii: uveďte osobné číslo totožnosti (kennitala); lichtenštajnskej inštitúcii: uveďte poisťné číslo AHV; litovskej inštitúcii: uveďte osobné číslo totožnosti; lotyšskej inštitúcii: uveďte číslo totožnosti; maďarskej inštitúcii: uveďte číslo TAJ (identifikácia sociálneho poistenia); maltskej inštitúcii: v prípade maltských štátnych príslušníkov uveďte číslo preukazu totožnosti alebo v prípade iných ako maltských štátnych príslušníkov uveďte maltské číslo sociálneho zabezpečenia; nórskej inštitúcii: uveďte osobné číslo totožnosti (fødselsnummer); belgickej inštitúcii: uveďte národné číslo sociálneho zabezpečenia (NISS); nemeckej inštitúcii všeobecného systému dôchodkového poistenia: uveďte číslo poistenia (VSNR); španielskej inštitúcii: uveďte číslo v národnom preukaze totožnosti (DNI) alebo N.I.E v prípade cudzincov, aj keď je preukaz neplatný; poľskej inštitúcii: uveďte číslo PESEL a NIP; portugalskej inštitúcii: uveďte tiež registračné číslo vo všeobecnom dôchodkovom systéme, ak daná osoba bola poistená v systéme sociálneho zabezpečenia pre štátnych zamestnancov v Portugalsku; slovenskej inštitúcii: uveďte rodné číslo; slovinskej inštitúcii: uveďte osobné číslo totožnosti (EMŠO); švajčiarskej inštitúcii: uveďte poisťné číslo AVS/AI (AHV/IV).
- (⁴) Ulica, číslo, poštové smerovacie číslo, mesto, štát.
- (⁵) Alebo lekár poisťovne určený styčným orgánom.
- (⁶) V Slovinsku to je zvolený lekár.
-