



LÉKAŘSKÉ POTVRZENÍ PRO ÚČELY PŘIZNÁNÍ RODINNÝCH DÁVEK

Nařízení 1408/71: článek 73; článek 74; článek 77; článek 78  
Nařízení 574/72: článek 86; článek 88; článek 90; článek 91; článek 92

A. Žádost o potvrzení

Vyplní instituce kompetentní pro přiznání dávek.

1.	Žadatel o rodinné dávky				
	<input type="checkbox"/>	Zaměstnaná osoba		<input type="checkbox"/>	Důchodce (soustava pro zaměstnané osoby)
	<input type="checkbox"/>	Samostatně výdělečně činná osoba		<input type="checkbox"/>	Důchodce (soustava pro OSVČ)
	<input type="checkbox"/>	Jiná než shora uvedená osoba		<input type="checkbox"/>	Sírotek
1.1	Příjmení <sup>(1a)</sup>				
..	..				
1.2	Jméno	Dřívější příjmení <sup>(1a)</sup>		Místo narození <sup>(2)</sup>	
..	..	..		..	
1.3	Datum narození	Pohlaví	Státní příslušnost	Identifikační číslo/číslo pojištění <sup>(3)</sup>	
..	..	..	..	..	
1.4	Adresa <sup>(4)</sup> .				

2.	Osoba, již se týká potvrzení.			
2.1	Příjmení <sup>(1a)</sup>			
..	..			
2.2	Jméno	Dřívější příjmení <sup>(1a)</sup>		
..	..	..		
2.3	Místo narození <sup>(2)</sup>	Datum narození	Pohlaví	Identifikační číslo/číslo pojištění <sup>(3)</sup>
..	..	..	..	..
2.4	Adresa <sup>(4)</sup>			
..	..			
..	..			

3.	Instituce, která je kompetentní pro přiznání dávek.			
3.1	Název .			
3.2	Adresa <sup>(4)</sup> .			
3.3	Referenční číslo spisu .			
3.4	Razítko	3.5 Datum		
		..		
		3.6 Podpis		
		.....		

## B. Potvrzení

Vyplní lékař určený stýčným orgánem v bydlišti osoby podrobující se lékařské prohlídce. Formulář se zašle instituci uvedené v položce 3.

4.

- 4.1 (a) Tělesné nebo duševní schopnosti osoby podrobující se prohlídce  se snížily  nesnížily se  
 Pokud jsou, uveďte procento snížení: .. %
- (b) Vyšetřovaná osoba  je schopna si vydělávat na živobytí  
 není schopna si vydělávat na živobytí v důsledku tělesného nebo duševního postižení
- (c) Vyšetřovaná osoba  je  není žena v domácnosti  
 Pokud je, uveďte, zda:  je schopna  není schopna udržovat domácnost
- (d) Poznámky:  
 .  
 .  
 ..
- (e) Popis stavu vyšetřované osoby:  
 .  
 .  
 .
- 4.2 Počátek zdravotního postižení nebo nemoci (vyjádřete co nejpřesněji):  
 ..
- 4.3 Pravděpodobné trvání: ..
- 4.4 (a) další prohlídka  je nutná  není nutná
- (b) Pokud je nutná, uveďte datum prohlídky: ..

5.

- 5.1 Příjmení a jméno lékaře: .
- 5.2 Adresa (4) .

5.3 Datum

..

5.4 Podpis

.....

## INSTRUKCE

Vyplňte prosím tento formulář tiskacím písmem, pište jen na vytečkované linky. Formulář má tři stránky. Je nutné vyplnit všechny stránky, i když neobsahují žádné relevantní informace. Formulář je třeba vyplnit v jazyce lékaře vystavujícího potvrzení.

## POZNÁMKY

- (<sup>1</sup>) Symbol státu, jehož instituce vyplňuje formulář: BE = Belgie; CZ = Česká Republika; DK = Dánsko; DE = Německo; EE = Estonsko; GR = Řecko; ES = Španělsko; FR = Francie; IE = Irsko; IT = Itálie; CY = Kypr; LV = Lotyšsko; LT = Litva; LU = Lucembursko; HU = Maďarsko; MT = Malta; NL = Nizozemsko; AT = Rakousko; PL = Polsko; PT = Portugalsko; SI = Slovinsko; SK = Slovensko; FI = Finsko; SE = Švédsko; UK = Velká Británie; IS = Island; LI = Lichtenštejnsko; NO = Norsko; CH = Švýcarsko.
- (<sup>1a</sup>) U španělských státních příslušníků uveďte obě rodná příjmení. U portugalských státních příslušníků uveďte všechna jména (jméno, příjmení, dívčí jméno) v pořadí občanského stavu, v němž jsou v průkazu totožnosti nebo v cestovním pasu.
- (<sup>2</sup>) U portugalských okresů uveďte také farnost a obec.
- (<sup>3</sup>) Tam, kde má být formulář zaslán české instituci, uveďte rodné číslo, kyperské instituci, jestliže je to kyperský občan, uveďte kyperské identifikační číslo, jestliže to není kyperský občan, uveďte číslo cizineckého registračního oprávnění (ARC), dánské instituci, uveďte CPR číslo, pro finskou instituci uveďte číslo registru obyvatelstva (the population register number), pro švédskou instituci uveďte osobní číslo (personnummer), pro islandskou instituci uveďte osobní identifikační číslo (kennitala), pro lichtenštejnskou instituci uveďte AHV číslo pojištěnce, pro litevskou instituci uveďte osobní identifikační číslo, pro lotyšskou instituci uveďte identifikační číslo státu, pro maďarskou instituci uveďte TAJ identifikační číslo sociálního pojištění, pro maltskou instituci v případě maltských občanů uveďte číslo identifikační karty, v případě, že není maltským občanem, uveďte maltské číslo sociálního pojištění; pro norskou instituci uveďte osobní identifikační číslo (fødselsnummer); pro belgickou instituci uveďte číslo národního sociálního pojištění (NISS); pro německou instituci systému veřejného penzijního pojištění uveďte číslo pojištěnce (VSNR); pro španělskou instituci uveďte číslo zobrazené na národní identifikační kartě (DNI) nebo N.I.E v případě cizinců, a to i po vypršení data platnosti; pro polskou instituci uveďte čísla PESEL a NIP; pro portugalskou instituci uveďte také registrační číslo ve veřejném systému penzijního pojištění, jestliže je dotčená osoba pojištěna v systému sociálního zabezpečení pro státní úředníky v Portugalsku; pro slovenskou instituci uveďte rodné číslo; pro Slovinskou instituci uveďte osobní identifikační číslo (EMŠO) a daňové číslo, pro švýcarskou instituci uveďte číslo pojištěnce AVS/AI (AHV/IV).
- (<sup>4</sup>) Ulice, číslo, poštovní směrovací číslo, město, stát.
- (<sup>5</sup>) Nebo lékař pojišťovny určené styčným orgánem.
- (<sup>6</sup>) Ve Slovinsku je to vybraný lékař.
-

LÉKAŘSKÉ POTVRZENÍ PRO ÚČELY PŘÍZNÁNÍ RODINNÝCH DÁVEK PODLE POLSKÝCH PRÁVNÍCH PŘEDPISŮ

Nařízení 1408/71: článek 73; článek 74; článek 77; článek 78  
Nařízení 574/72: článek 86; článek 88; článek 90; článek 91; článek 92

Pro přiznání rodinných dávek v závislosti na zdravotním stavu rodinných příslušníků podle polských právních předpisů.

A. Žádost o potvrzení

Vyplní polská instituce příslušná k poskytování

1.	Žadatel o rodinné dávky			
	<input type="checkbox"/>	Zaměstnaná osoba	<input type="checkbox"/>	Důchodce (soustava pro zaměstnané osoby)
	<input type="checkbox"/>	Samostatně výdělečně činná osoba	<input type="checkbox"/>	Důchodce (soustava pro OSVČ)
	<input type="checkbox"/>	Jiná než shora uvedená osoba	<input type="checkbox"/>	Sírotek
1.1	Příjmení <sup>(1)</sup>			
	..			
1.2	Jméno	Dřívější příjmení <sup>(1)</sup>		Místo narození <sup>(2)</sup>
	..	..		..
1.3	Datum narození	Pohlaví	Státní příslušnost <sup>(2)</sup>	Číslo PESEL a NIP
	..	..	..	..
1.4	Adresa <sup>(3)</sup> .			

2.	Osoba, jíž se týká potvrzení.			
2.1	Příjmení <sup>(1)</sup>			
	.			
2.2	Jméno	Dřívější jméno a příjmení <sup>(1)</sup>		
	...	...		
2.3	Místo narození <sup>(2)</sup>	Datum narození	Pohlaví	
	..	..	..	
2.4	Adresa <sup>(3)</sup> .			

3.	Instituce, která je kompetentní pro přiznání dávek.			
3.1	Název .			
3.2	Adresa <sup>(3)</sup> .			
3.3	Referenční číslo spisu .			
3.4	Razítko			
			3.5 Datum	
			..	
			3.6 Podpis	
			.....	

**B. Potvrzení**

Vyplní lékař určený styčným orgánem <sup>(4)</sup> v bydlišti osoby podrobující se lékařské prohlídce. Formulář se zašle instituci uvedené v položce 3. Část I a nebo část II se vyplní v závislosti na věku osoby, na kterou se potvrzení vztahuje. Část IIa nebo část IIb se vyplní v závislosti na zdravotním stavu osoby starší než 16 let.

**I. Použije se na osoby pod 16 let**

<b>4.</b>	Postižení		
4.1	Věk dítěte v den prohlídky:Á	roky	měsíce
	Váha dítěte	Výška	
4.2	Očekávaná doba zhoršení fyzického nebo duševního stavu, s ohledem na vrozené deformace, dlouhodobé nemoci nebo tělesná zranění, trvající déle než 12 měsíců.		
	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne		
4.3	K zajištění základních životních potřeb, s ohledem na úroveň osoby v daném věku, potřebuje permanentní péči a pomoc.		
	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne		

**II. Použije se na osoby nad 16 let****a. Pokročilá úroveň postižení (s ohledem na fyzické zhoršení)**

4.4	Omezená možnost zaměstnání		
	a) neschopný pracovat	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
	b) schopný pracovat za pouze podmínek chráněné práce	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
4.5	On/ona potřebují jedno z následujících, aby byla naplněna jejich sociální role:		
	a) permanentní péče a pomoc ostatních	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
	b) dlouhodobá péče a pomoc ostatních	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
4.6	On/ona není schopen/schopna žít samostatně	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne

**b. Střední úroveň postižení (s ohledem na fyzické zhoršení)**

4.7	Omezená možnost zaměstnání		
	a) neschopný pracovat	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
	b) schopný pracovat za pouze podmínek chráněné práce	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
4.8	On/ona potřebují jedno z následujících, aby byla naplněna jejich sociální role:		
	a) dočasná péče a pomoc ostatních	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
	b) částečná péče a pomoc ostatních	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
4.9	Období kdy postižení začalo: před 16 rokem života	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne

**5.**

5.1	Příjmení a jméno lékaře: .		
5.2	Adresa <sup>(3)</sup> .		
5.3	Razítko		
		5.4 Datum	.
		5.5 Podpis	.....

**INSTRUKCE**

**Vyplňte prosím tento formulář tiskacím písmem, pište jen na vytečkované linky, na dalších místech označte odpověď ANO nebo NE. Vyplňte v jazyce lékaře, který vydává potvrzení.**

**POZNÁMKY**

- (<sup>1</sup>) U španělských státních příslušníků uveďte obě rodná příjmení. U portugalských státních příslušníků uveďte všechna jména (jméno, příjmení, dívčí jméno) v pořadí občanského stavu, v němž jsou v průkazu totožnosti nebo v cestovním pasu.
- (<sup>2</sup>) U portugalských okresů uveďte také farnost a obec.
- (<sup>3</sup>) Ulice, číslo, poštovní směrovací číslo, město, stát.
- (<sup>4</sup>) Nebo lékař pojišťovny určené styčným orgánem.

**INFORMACE**

Podle polského práva jsou osoby, kterým je méně než 16 let, považovány za postižené, jestliže je jejich fyzický nebo psychický zdravotní stav zhoršený nebo se v průběhu doby překračující 12 měsíců zhoršil, s přihlédnutím k jejich vrozeným vadám, k dlouhodobé nemoci nebo zranění, a nutně potřebují stálou péči nebo pomoc k zajištění svých základních potřeb v porovnání s obvyklými schopnostmi osob v jejich věku.

Zaškrtnutím ANO v bodech: 4.2 a 4.3 znamená, že osoba je podle polských právních předpisů postižená.

Osoby mohou být, podle polského práva, vzhledem k úrovni svého fyzického či psychického postižení rozděleny do 3 skupin: pokročilá, střední a lehká úroveň postižení.

- Osoba s pokročilým postižením je osoba, která má psychické postižení, která není schopna pracovat nebo je schopna pracovat pouze za podmínek chráněné práce, která není schopna žít samostatně a potřebuje neustálou nebo dlouhodobou péči a pomoc od ostatních, aby mohla plnit svou sociální úlohu.
- Osoba se střední úrovní postižení je osoba, která má fyzické postižení, není schopna pracovat nebo je schopna pracovat pouze za podmínek chráněné práce, nebo která potřebuje dočasnou nebo částečnou péči nebo pomoc od ostatních, aby mohla plnit svou sociální úlohu.

Zaškrtnuté ANO v bodech: 4.4a, 4.5a, 4.6 nebo 4.4a, 4.5b, 4.6 nebo 4.4b, 4.5a, 4.6 nebo 4.4b, 4.5b, 4.6 znamená, že se jedná o osobu s pokročilou úrovní postižení; 4.7a nebo 4.7b nebo 4.8a nebo 4.8b znamená, že se jedná o osobu se střední úrovní postižení.