



LÉKAŘSKÉ POTVRZENÍ PRO ÚČELY PŘÍZNÁNÍ 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"/> Samostatně výdělečně činná osoba	<input type="checkbox"/> Důchodce (soustava pro zaměstnané osoby)	<input type="checkbox"/> Důchodce (soustava pro OSVČ)
	<input type="checkbox"/> Jiná než shora uvedená osoba		<input type="checkbox"/> Sirotek	
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.
-