

II

(Akty, których publikacja nie jest obowiązkowa)

KOMISJA

**KOMISJA ADMINISTRACYJNA DS. ZABEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO PRACOWNIKÓW
MIGRUJĄCYCH****DECYZJA NR 201**

z dnia 15 grudnia 2004 r.

**w sprawie wzorów formularzy niezbędnych do stosowania rozporządzeń Rady (EWG) nr 1408/71
i (EWG) nr 574/72 (seria E 400)**

(Tekst mający znaczenie dla EOG oraz dla Porozumienia EU/Szwajcaria)

(2005/376/WE)

KOMISJA ADMINISTRACYJNA DO SPRAW ZABEZPIECZENIA
SPOŁECZNEGO PRACOWNIKÓW MIGRUJĄCYCH,

uwzględniając art. 81 lit. a) rozporządzenia Rady (EWG) nr 1408/71 z dnia 14 czerwca 1971 r. w sprawie stosowania systemów zabezpieczenia społecznego do pracowników najemnych i ich rodzin przemieszczających się we Wspólnocie⁽¹⁾, zgodnie z którym obowiązkiem Komisji Administracyjnej jest załatwienie wszystkich spraw administracyjnych wynikających z rozporządzenia (EWG) nr 1408/71 i późniejszych rozporządzeń,

uwzględniając art. 2 ust. 1 rozporządzenia Rady (EWG) nr 574/72 z dnia 21 marca 1972 r. w sprawie wykonywania rozporządzenia (EWG) nr 1408/71 w sprawie stosowania systemów zabezpieczenia społecznego do pracowników najemnych i ich rodzin przemieszczających się we Wspólnocie⁽²⁾, zgodnie z którym obowiązkiem Komisji Administracyjnej jest opracowanie wzorów dokumentów niezbędnych do stosowania rozporządzeń (EWG) nr 1408/71 i (EWG) nr 574/72,

uwzględniając decyzję nr 146 z dnia 10 października 1990 r. dotyczącą interpretacji art. 94 ust. 9 rozporządzenia (EWG) nr 1408/71⁽³⁾,

uwzględniając decyzję nr 155 z dnia 6 lipca 1994 r. dotyczącą wzorów formularzy potrzebnych do stosowania rozporządzeń Rady (EWG) nr 1408/71 i (EWG) nr 574/72 (E 401 do 411)⁽⁴⁾,

uwzględniając decyzję nr 157 z dnia 1 lipca 1995 r. dotyczącą wzorów formularzy potrzebnych do stosowania rozporządzeń Rady (EWG) nr 1408/71 i (EWG) nr 574/72 (E 401 do 411)⁽⁵⁾,

a także mając na uwadze, co następuje:

- (1) Rozszerzenie Unii Europejskiej w dniu 1 maja 2004 r. wymaga dostosowania formularzy serii E 400.
- (2) Porozumienie o Europejskim Obszarze Gospodarczym (Porozumienie EOG) z dnia 2 maja 1992 r., uzupełnione Protokołem z dnia 17 marca 1993 r., załącznik VI, wprowadza rozporządzenia (EWG) nr 1408/71 i (EWG) nr 574/72 na obszarze Europejskiego Obszaru Gospodarczego.
- (3) Wspólnota Europejska i Państwa Członkowskie oraz Konfederacja Szwajcarska zawarły Porozumienie o swobodnym przepływie osób (Porozumienie ze Szwajcarią), które weszło w życie dnia 1 czerwca 2002 r. Załącznik II do Porozumienia odnosi się do rozporządzeń (EWG) nr 1408/71 i (EWG) nr 574/72.

⁽¹⁾ Dz.U. L 149 z 5.7.1971, str. 2.

⁽²⁾ Dz.U. L 74 z 27.3.1972, str. 1. Rozporządzenie ostatnio zmienione rozporządzeniem Komisji (WE) nr 77/2005 (Dz.U. L 16 z 20.1.2005, str. 3).

⁽³⁾ Dz.U. L 235 z 23.8.1991, str. 9. Decyzja ostatnio zmieniona decyzją nr 167 (Dz.U. L 195 z 11.7.1998, str. 35).

⁽⁴⁾ Dz.U. L 209 z 5.9.1995, str. 1.

⁽⁵⁾ Nieopublikowana decyzja rozszerzająca decyzję nr 155 na Austrię, Finlandię i Szwecję.

(4) Ze względów praktycznych formularze używane w Unii Europejskiej i EOG oraz w ramach Porozumienia ze Szwajcarią powinny być identyczne,

STANOWI, CO NASTĘPUJE:

1. Uchyla się decyzję nr 155, a wzory formularzy E 401, E 402, E 403, E 404, E 405, E 406, E 407 i E 411 opublikowane w tej decyzji zastępuje się niżej załączonymi wzorami.
2. Wzór formularza E 413F opublikowanego w decyzji nr 146 zostaje uchylony.
3. Uchyla się decyzję nr 157.

4. Właściwe władze Państw Członkowskich udostępnią formularze zainteresowanym stronom zgodnie z niżej załączonymi wzorami. Formularze te będą dostępne w językach urzędowych Wspólnoty, a ich układ będzie taki, by poszczególne wersje były idealnie zgodne, tak aby umożliwić wszystkim stronom, do których formularz jest skierowany, otrzymanie formularzy wydrukowanych w ich języku ojczystym.
5. Niniejsza decyzja ma zastosowanie od pierwszego dnia miesiąca następującego po jej ogłoszeniu w *Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej*.

Przewodniczący
Komisji Administracyjnej

C. J. VAN DEN BERG

ZAŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE SKŁADU RODZINY DLA POTRZEB PRYZNANIA ŚWIADCZEŃ RODZINNYCH

Rozp. 1408/71: art. 73; art. 74; art. 77; art. 78
Rozp. 574/72: art. 86.2; art. 88; art. 90; art. 91; art. 92

A. Wniosek o zaświadczenie

1.	<input type="checkbox"/> Osoba zatrudniona	<input type="checkbox"/> Osoba utrzymująca sierotę	<input type="checkbox"/> Emeryt/rencista (system dla osób zatrudnionych) ⁽⁴⁾
	<input type="checkbox"/> Osoba pracująca na własny rachunek	<input type="checkbox"/> Sierota	<input type="checkbox"/> Emeryt/rencista (system dla osób pracujących na własny rachunek) ⁽⁴⁾

1.1.	Nazwisko ^(1a)		
1.2.	Imię (imiona):	Poprzednie imiona i nazwiska ^(1a)	Miejsce urodzenia ⁽²⁾
1.3.	Data urodzenia	Płeć	Obywatelstwo ⁽²⁾
1.4.	Numer identyfikacyjny/ubezpieczenia ⁽³⁾		
1.5.	Stan cywilny	<input type="checkbox"/> kawaler/panna	<input type="checkbox"/> żonaty/zamężna
		<input type="checkbox"/> rozwiedziony/rozwiedziona	<input type="checkbox"/> w separacji ⁽⁵⁾
			<input type="checkbox"/> wdowiec/wdowa
			<input type="checkbox"/> konkubent/konkubina ⁽⁶⁾ ⁽⁷⁾
1.6.	Adres w państwie zamieszkania członków rodziny:		
	Ulica	Nr	
	Kod pocztowy	Miejscowość	Państwo

2.	<input type="checkbox"/> Małżonek/małżonka	<input type="checkbox"/> Małżonek/małżonka pracownika lub emeryta/rencisty rozwiedziony/rozwiedziona lub w separacji
	<input type="checkbox"/> Rodzic pozostający przy życiu ⁽⁸⁾	<input type="checkbox"/> konkubent/konkubina ⁽⁶⁾ ⁽⁷⁾

2.1.	Nazwisko ^(1a)		
2.2.	Imię (imiona):	Poprzednie imiona i nazwiska ^(1a)	Miejsce urodzenia ⁽²⁾
2.3.	Data urodzenia	Płeć	Obywatelstwo
			Numer identyfikacyjny/ubezpieczenia ⁽³⁾
2.4.	Adres:		
	Ulica	Nr	
	Kod pocztowy	Miejscowość	Państwo
2.5.	Wykonywanie pracy zarobkowej: <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie		

3.	<input type="checkbox"/> Osoba lub osoby inne niż małżonek/małżonka, w której/których gospodarstwie domowym żyją członkowie rodziny
----	---

3.1.	Nazwisko ^(1a)		
3.2.	Imię (imiona):	Poprzednie imiona i nazwiska ^(1a)	Miejsce urodzenia ⁽²⁾
3.3.	Data urodzenia	Płeć	Obywatelstwo
			Numer identyfikacyjny/ubezpieczenia ⁽³⁾
3.4.	Stopień pokrewieństwa z dzieckiem lub dziećmi		
3.5.	Adres:		
	Ulica	Nr	
	Kod pocztowy	Miejscowość	Państwo
3.6.	Wykonywanie pracy zarobkowej: <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie		

B. Zaświadczenie

Część B niniejszego formularza powinna być wypełniona przez biuro ewidencji ludności, władze lub organ właściwy w sprawach stanu cywilnego w państwie zamieszkania członków rodziny ⁽¹³⁾.

6.	Skład rodziny, do której należą jej członkowie wymienieni w punkcie 4			
6.1.	Nazwisko ^(1a)	Imię (imiona)	Data urodzenia ⁽⁹⁾	Stopień pokrewieństwa ⁽¹⁰⁾
	1.			
	2.			
	3.			
	4.			
	5.			
	6.			
	7.			
	8.			
	9.			
	10.			
6.2.	Uwagi ⁽¹³⁾			

7.	Informacje, które należy podać, jeśli niniejszy formularz ma być wysłany do instytucji duńskiej, islandzkiej lub norweskiej ⁽¹⁴⁾		
7.1.	Osoba sprawująca władzę rodzicielską		
7.2.	Utrzymanie dzieci ze środków publicznych	<input type="checkbox"/> jest	<input type="checkbox"/> nie jest pokrywane
7.3.	Matka i/lub ojciec dzieci	<input type="checkbox"/> nie żyją/nie żyje	<input type="checkbox"/> żyją/żyje ⁽¹⁵⁾
	Jeśli matka/ojciec nie żyje, proszę podać datę śmierci		
7.4.	Matka i/lub ojciec dzieci emerytury lub renty inwalidzkiej	<input type="checkbox"/> pobierają/pobiera	<input type="checkbox"/> nie pobierają/nie pobiera ⁽¹⁵⁾

8.	Biuro ewidencji ludności lub władze lub organ właściwy w sprawach stanu cywilnego ⁽¹²⁾ Dokładność powyższych informacji została zweryfikowana na podstawie oficjalnych dokumentów będących w naszym posiadaniu przez:		
8.1.	Nazwa i adres biura ewidencji ludności, władz lub organu ⁽¹¹⁾		
8.2.	Pieczęć	8.3. Data	.....
		8.4. Podpis	.....

POUCZENIE

Proszę wypełnić formularz drukowanymi literami, wpisując tekst wyłącznie w miejscach wykropkowanych. Formularz składa się z pięciu stron, z których żadnej nie można pominąć, nawet jeśli nie zawiera stosownych informacji. Formularz należy wypełnić w języku organu wyznaczonego w punkcie 8

UWAGI

- (1) Symbol państwa, którego instytucja wypełnia formularz: BE = Belgia; CZ = Czechy, DK = Dania; DE = Niemcy; EE = Estonia, GR = Grecja; ES = Hiszpania; FR = Francja; IE = Irlandia; IT = Włochy; CY = Cypr, LV = Łotwa, LT = Litwa, LU = Luksemburg; HU = Węgry, MT = Malta, NL = Niderlandy; AT = Austria, PL = Polska, PT = Portugalia; SI = Słowenia, SK = Słowacja, FI = Finlandia, SE = Szwecja, UK = Zjednoczone Królestwo; IS = Islandia; LI = Lichtenstein; NO = Norwegia; CH = Szwajcaria.
- (1^a) W przypadku obywateli Hiszpanii należy podać obydwa nazwiska rodowe. W przypadku obywateli Portugalii należy podać pełne dane (imiona, nazwisko, nazwisko panieńskie) w kolejności określonej przez stan cywilny, w jakiej występują w dowodzie tożsamości lub w paszporcie.
- (1^b) Poprzednie imiona i nazwiska, w tym nazwisko rodowe.
- (2) W przypadku dzielnic portugalskich należy podać też parafię i władze lokalne.
- (3) Jeśli formularz ma być przesłany do instytucji czeskiej, należy podać numer urodzenia; do instytucji cypryjskiej, w przypadku obywatela Cypru należy podać Cypryjski Numer Identyfikacyjny, w przypadku cudzoziemca należy podać Numer Zaświadczenia Rejestrującego Cudzoziemca (ARC); do instytucji duńskiej, należy podać numer CPR; do instytucji fińskiej, należy podać numer rejestru ludności; do instytucji szwedzkiej, należy podać numer osobisty (*personnummer*); do instytucji islandzkiej, należy podać osobisty numer identyfikacyjny (*kennitala*); do instytucji w Lichtensteinie, należy podać numer ubezpieczenia AHV; do instytucji litewskiej, należy podać osobisty numer identyfikacyjny; do instytucji łotewskiej, należy podać numer identyfikacyjny; do instytucji węgierskiej, należy podać numer TAJ (numer identyfikacyjny ubezpieczenia społecznego); do instytucji maltańskiej, w przypadku obywateli Malty należy podać numer dowodu tożsamości, w przypadku cudzoziemców należy podać numer maltańskiego ubezpieczenia społecznego; do instytucji norweskiej, należy podać numer identyfikacyjny (*fødselsnummer*); do instytucji belgijskiej, należy podać numer państwowego ubezpieczenia społecznego (NISS); do niemieckiej instytucji powszechnego systemu ubezpieczenia emerytalno-rentowego, należy podać numer ubezpieczenia (VSNR); do instytucji hiszpańskiej, należy podać numer znajdujący się w krajowym dokumencie tożsamości (DNI) lub N.I.E. w przypadku cudzoziemców, nawet jeśli termin ważności tego dokumentu upłynął; do instytucji polskiej, należy podać numery PESEL i NIP; do instytucji portugalskiej, należy podać także numer rejestracyjny w powszechnym systemie emerytalno-rentowym, jeśli zainteresowany był ubezpieczony w systemie ubezpieczenia społecznego dla pracowników służby cywilnej w Portugalii; do instytucji słowackiej, należy podać numer urodzenia; do instytucji słoweńskiej, należy podać osobisty numer identyfikacyjny (EMŠO) i numer podatkowy; do instytucji szwajcarskiej, należy podać numer ubezpieczenia AVS/AI (AHV/IV).
- (4) W Danii, Polsce, Słowacji, Lichtensteinie, Norwegii i Szwajcarii nie ma rozróżnienia pomiędzy emerytem/rencistą (system dla pracowników) a emerytami/rencistami (system dla osób pracujących na własny rachunek).
- (5) Dla potrzeb instytucji norweskich należy podać datę separacji
-
- (6) Dla potrzeb instytucji czeskich, duńskich, islandzkich i norweskich.
- (7) Informacja ta oparta jest na oświadczeniu osoby zainteresowanej.
- (8) O ile nie został już wymieniony w punkcie 1.
- (9) Dla potrzeb instytucji duńskich i norweskich należy wskazać wyłącznie dzieci poniżej 18 roku życia. Dla potrzeb instytucji łotewskiej należy wskazać wyłącznie dzieci poniżej 15 roku życia oraz jeśli uczęszczają do powszechnej lub zawodowej placówki edukacyjnej i nie otrzymują stypendium oraz są stanu wolnego — dzieci poniżej 20 roku życia.
- (10) Proszę wskazać stopień pokrewieństwa każdego członka rodziny z pracownikiem za pomocą następujących symboli:
 A = dziecko ze związku małżeńskiego. W Hiszpanii i Polsce dziecko urodzone ze związku małżeńskiego i dziecko pozamałżeńskie.
 B = dziecko uznane.
 C = dziecko przysposobione.
 D = dziecko naturalne (jeśli formularz wypełnia pracownik płci męskiej, dzieci naturalne należy wymienić tylko wtedy, jeśli oficjalnie uznano ojcostwo lub obowiązek pracownika dołożenia na utrzymanie dzieci).
 E = dziecko małżonka/małżonki należące do gospodarstwa domowego pracownika.
 F = wnuki i rodzeństwo, które osoba zainteresowana przyjęła do swojego gospodarstwa domowego. Jeśli instytucją właściwą jest instytucja grecka, to także siostrzeńcy/siostrzenice, bratankowie/bratanice do trzeciego stopnia. Jeśli instytucją właściwą jest instytucja polska, wyłącznie wnuki i rodzeństwo, których opiekunem prawnym jest osoba uprawniona lub jej małżonek/małżonka.
 G = inne dzieci na stałe należące do gospodarstwa domowego na takich samych prawach, co dzieci pracownika (przybrane dzieci). Jeśli instytucją właściwą jest instytucja polska, wyłącznie inne dzieci, których opiekunem prawnym jest osoba uprawniona lub jej małżonek/małżonka.
 H = Dla potrzeb instytucji czeskich proszę dodatkowo określić formy opieki (opieka przyznana decyzją sądu osobom innym niż rodzice, opiekun, kurator itd.).
 Inne stopnie pokrewieństwa (np. dziadek) należy podać w pełnym brzmieniu. Jeżeli dane dziecko jest zamężne, rozwiedzione, jest wdową lub wdowcem, należy tę informację podać w punktach 4 i 6.1. Podobnie w przypadku gdy dziecko nie ma ojca ani matki — dla potrzeb instytucji greckich.
- (11) Ulica, numer domu, kod pocztowy, miejscowość, państwo.

- (¹²) W Hiszpanii — „Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social” (Regionalna Dyrekcja Krajowego Zakładu Zabezpieczenia Społecznego) w miejscu zamieszkania lub, odpowiednio, „Autoridad Municipal” (władze miejskie). W przypadku marynarzy — „Dirección Provincial del Instituto Social de la Marina” (Regionalna Dyrekcja Zakładu Społecznego Marynarzy);
we Francji — „mairie” (urząd stanu cywilnego) lub „caisse d’allocations familiales” (kasa zasiłków rodzinnych);
w Irlandii — „Child Benefit Section, Department of Social and Family Affairs Welfare” (Dział Świadczeń dla Dzieci, Ministerstwo Spraw Społecznych i Rodzinnych), St. Oliver Plunkett Road, Letterkenny, Co. Donegal;
na Cyprze — Ministerstwo Finansów, Dział Obsługi Dotacji i Świadczeń, 1489 Nicosia
na Łotwie — „Valsts sociālās apdrošināšanas aģentūra” (Agencja Państwowego Ubezpieczenia Społecznego), Ryga;
w Polsce — gmina lub dzielnica;
w Portugalii — „Junta de Freguesia” (rada parafialna) miejsca zamieszkania członków rodziny;
na Słowacji — „úrad práce, sociálnych vecí a rodiny” (urząd pracy, spraw społecznych i rodziny) w miejscu zamieszkania wnioskodawcy;
w Finlandii — Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Helsinki;
w Szwecji — „försäkringskassan” (kasa ubezpieczeń społecznych) w miejscu zamieszkania;
w Zjednoczonym Królestwie — odpowiednio, Inland Revenue, Child Benefit Office (GB) (Urząd Podatkowy, Wydział Świadczeń dla Dzieci), PO Box 1, Newcastle-upon-Tyne NE 88 IAA lub dla Irlandii Północnej — Child Benefit Office (NI) (Wydział Świadczeń dla Dzieci), Windsor House, 9-15 Bedford Street Belfast BT2 7UW oraz Inland Revenue, Tax Credits Office (Urząd Podatkowy, Wydział Podatkowy) (Irlandia Północna), 52-58 Great Victoria Street, Belfast BT2 7WF,
w Szwajcarii — lokalna administracja (urząd stanu cywilnego) w miejscu zamieszkania.
- (¹³) Jeśli dziecko mieszka pod innym adresem niż adres wskazany w punkcie 2.5 lub 3.6, proszę podać ten inny adres. Dla potrzeb instytucji norweskich i polskich proszę podać, czy dziecko mieszka w sierocińcu, szkole specjalnej czy innej instytucji zapewniającej miejsce zamieszkania.
- (¹⁴) Niniejszą informację podaje się wyłącznie wtedy, gdy urzędy stanu cywilnego dysponują koniecznymi danymi.
- (¹⁵) Niewłaściwe wykreślić.
-

**ZAŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE WYSOKOŚCI DOCHODU RODZINY DLA POTRZEB PRYZNANIA ŚWIADCZEŃ RODZINNYCH
 NA PODSTAWIE PRAWA POLSKIEGO**

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

Formularz stosowany dla celów przyznawania świadczeń rodzinnych na podstawie ustawodawstwa polskiego.
 Wypełnia instytucja Państwa Członkowskiego innego niż właściwe Państwo Członkowskie (¹).

1. Dochód otrzymany przez osoby wymienione w punktach 1, 2 i 4 formularza E 401 w okresie od
 do w Państwie Członkowskim innym niż właściwe Państwo Członkowskie (²)

	Osoba wymieniona w punkcie 1 formularza E 401	Osoba wymieniona w punkcie 2 formularza E 401	Dziecko/dzieci (osoby wymienione w punkcie 4 formularza E 401)
1.1. Wynagrodzenie z pracy najemnej
1.2. Inne dochody pochodzące z działalności zarobkowej (pracy na własny rachunek)
1.3. Świadczenia z tytułu zabezpieczenia społecz- nego:
— w tym świadczenia rodzinne:
1.4. Alimony otrzymywane (³)
1.5. Razem dochód
1.6. Alimony świadczone na rzecz innych osób (⁴)
1.7. Składki na ubezpieczenia społeczne
1.8. Podatek od dochodów osobistych (PIT)

2. Instytucja Państwa Członkowskiego innego niż właściwe Państwo Członkowskie (¹)

2.1. Nazwa:

2.2. Adres (⁵)

2.3. Sygnatura Akt

2.4. Pieczęć:

2.5. Data:

2.6. Podpis:

UWAGI

- (¹) Wypełnia instytucja wymieniona w Załączniku do decyzji nr 151. Jeśli całość lub część informacji nie może być potwierdzona przez instytucję, formularz ten należy zwrócić, nawet jeśli pozostanie pusty lub tylko częściowo wypełniony; o ile to możliwe, należy go przesać razem z poświadczonym oświadczeniem zawierającym niezbędne informacje od osoby lub osób zainteresowanych.
 - (²) Okres, którego dotyczy zaświadczenie, wypełnia instytucja wymieniona w punkcie 5 formularza E 401.
 - (³) Jeżeli nie zostały uwzględnione w dochodach wymienionych w punkcie 1.3.
 - (⁴) Osób innych niż wymienione w punktach 1, 2 i 4 formularza E 401.
 - (⁵) Ulica, numer domu, kod pocztowy, miejscowość, państwo.
-



ZAŚWIADCZENIE O KONTYNUACJI NAUKI DLA POTRZEB PRYZNANIA ŚWIADCZEŃ RODZINNYCH

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

A. Wniosek o zaświadczenie

Wypełnia instytucja właściwa do przyznawania świadczeń rodzinnych. Jeśli formularz jest adresowany do instytucji belgijskiej lub czeskiej, należy dołączyć formularz „E 402 Załącznik”.

1.	Osoba występująca o świadczenie rodzinne			
	<input type="checkbox"/> Osoba zatrudniona	<input type="checkbox"/> Emeryt/rencista (system dla osób zatrudnionych)		
	<input type="checkbox"/> Osoba pracująca na własny rachunek	<input type="checkbox"/> Emeryt/rencista (system dla osób pracujących na własny rachunek)		
	<input type="checkbox"/> Osoby inne niż wyżej wymienione	<input type="checkbox"/> Sierota		
1.1.	Nazwisko ^(1a)			
1.2.	Imię (imiona)	Poprzednie imiona i nazwiska ^(1a)	Miejsce urodzenia ⁽²⁾	
1.3.	Data urodzenia	Płeć	Obywatelstwo	Numer identyfikacyjny/ubezpieczenia ⁽³⁾
1.4.	Adres ⁽⁵⁾			

2.	Uczeń lub student		
2.1.	Nazwisko ^(1a)		
2.2.	Imię (imiona)	Poprzednie imiona i nazwiska ^(1a)	
2.3.	Miejsce urodzenia ⁽²⁾ ⁽⁴⁾	Data urodzenia	Numer identyfikacyjny/ubezpieczenia ⁽³⁾
2.4.	Adres ⁽⁵⁾		
2.5.	<input type="checkbox"/> posiada wyższe wykształcenie	<input type="checkbox"/> nie posiada wyższego wykształcenia ⁽¹¹⁾	

3.	Instytucja właściwa do przyznawania świadczeń rodzinnych		
3.1.	Nazwa		
3.2.	Adres ⁽⁵⁾		
3.3.	Sygnatura akt		
3.4.	Pieczęć	3.5.	Data
		3.6.	Podpis

B. Zaświadczenie

Wypełnia odpowiednia placówka (szkoła, uniwersytet lub placówka szkolnictwa wyższego) i przesyła do instytucji wymienionej w punkcie 3.

4.

- 4.1. Osoba wymieniona w punkcie 2 uczęszcza do placówki wymienionej w punkcie 7 od dnia
- 4.2. Rok szkolny rozpoczął się (data) i zakończył (data)
- 4.3. Rodzaj szkoły ⁽⁶⁾
Forma nauki ^(6a)
- 4.4. Jego/jej nauka w tej placówce będzie prawdopodobnie trwać do
- 4.5. Liczba godzin nauki wynosi tygodniowo ⁽⁷⁾
Godziny te są rozłożone na okresów po pół dnia ⁽⁸⁾
- 4.6. Szacunkowa liczba godzin wymagana do wykonania pracy domowej tygodniowo ⁽⁹⁾

5. Informacje, które należy podać wyłącznie dla instytucji w Czechach, Francji, Łotwie, Luksemburgu i Niderlandach

- 5.1. Osoba wymieniona w punkcie 2 uczęszcza do placówki wymienionej w punkcie 7, gdzie pobiera wykształcenie mające następujący charakter:
 ogólny wyższy lub uniwersytecki techniczny lub zawodowy inny (proszę określić)
- 5.2. Przypadki specjalne (proszę określić):
 kurs korespondencyjny kursy wieczorowe
 kursy obejmujące poniżej 20 godzin tygodniowo
 okres nauki krótszy niż jeden rok szkolny, od do
 inne
- 5.3. Wysokość czesnego ⁽⁹⁾
- 5.4. Czy osoba wymieniona w punkcie 2 otrzymuje stypendium naukowe ⁽⁶⁾ Tak Nie
- 5.4.1. Wysokość stypendium naukowego
- 5.5. Rodzaj uposażenia lub zasiłku ⁽¹⁰⁾
- 5.6. Stan cywilny

6. Informacje, które należy podać wyłącznie dla instytucji w Niemczech, jeśli kurs obejmuje poniżej 10 godzin tygodniowo

- 6.1. Kurs jest zalecany lub rekomendowany w zatwierdzonym przez państwo programie nauczania. Tak Nie
Jeśli nie,
- 6.2. kurs kończy się zaleconym lub powszechnie uznawanym egzaminem. Tak Nie
Jeśli nie,
- 6.3. w trakcie kursu odbywają się regularne testy sprawdzające. Tak Nie
Jeśli nie,
- 6.4. lekcje na kursie wymagają obszernego przygotowania lub są kontynuowane. Tak Nie
Jeśli nie,
- 6.5. nabywane są dodatkowa wiedza lub umiejętności, niezbędne lub użyteczne w trakcie kursu. Tak Nie

7. Szkoła, uniwersytet lub placówka szkolnictwa wyższego

- 7.1. Nazwa
- 7.2. Adres ⁽⁵⁾
.....
- 7.3. Pieczęć 7.4. Data
.....
- 7.5. Podpis
.....

POUCZENIE

Proszę wypełnić formularz drukowanymi literami, wpisując tekst wyłącznie w miejscach wykropkowanych. Formularz powinien być wypełniony w języku placówki wymienionej w punkcie 7.

UWAGI

- (¹) Symbol państwa, którego instytucja wypełnia formularz: BE = Belgia; CZ = Czechy; DK = Dania; DE = Niemcy; EE = Estonia; GR = Grecja; ES = Hiszpania; FR = Francja; IE = Irlandia; IT = Włochy; CY = Cypr; LV = Łotwa; LT = Litwa; LU = Luksemburg; HU = Węgry; MT = Malta; NL = Niderlandy; AT = Austria; PL = Polska; PT = Portugalia; SI = Słowenia; SK = Słowacja; FI = Finlandia; SE = Szwecja; UK = Zjednoczone Królestwo; IS = Islandia; LI = Lichtenstein; NO = Norwegia; CH = Szwajcaria.
- (^{1a}) W przypadku obywateli Hiszpanii należy podać obydwa nazwiska rodowe. W przypadku obywateli Portugalii należy podać pełne dane (imiona, nazwisko, nazwisko panieńskie) w kolejności określonej przez stan cywilny, w jakiej występują w dowodzie tożsamości lub w paszporcie. W przypadku Czech, gdy o świadczenia rodzinne wnioskuje student, osoby wyszczególnione w punktach 1 i 2 są tymi samymi osobami.
- (²) W przypadku dzielnic portugalskich należy podać też parafię i władze lokalne.
- (³) Jeśli formularz ma być przesłany do instytucji czeskiej, należy podać numer urodzenia; do instytucji cypryjskiej, w przypadku obywatela Cypru należy podać Cypryjski Numer Identyfikacyjny, w przypadku cudzoziemca należy podać Numer Zaświadczenia Rejestrującego Cudzoziemca (ARC); do instytucji duńskiej, należy podać numer CPR; do instytucji fińskiej, należy podać numer rejestru ludności; do instytucji szwedzkiej, należy podać numer osobisty (personnummer); do instytucji islandzkiej, należy podać osobisty numer identyfikacyjny (kennitala); do instytucji łotewskiej, należy podać numer identyfikacyjny; do instytucji w Lichtensteinie, należy podać numer ubezpieczenia AHV; do instytucji litewskiej, należy podać osobisty numer identyfikacyjny; do instytucji węgierskiej, należy podać numer TAJ (numer identyfikacyjny ubezpieczenia społecznego); do instytucji maltańskiej, w przypadku obywateli Malty należy podać numer dowodu tożsamości, w przypadku cudzoziemców należy podać numer maltańskiego ubezpieczenia społecznego; do instytucji norweskiej, należy podać numer identyfikacyjny (fødselsnummer); do instytucji belgijskiej, należy podać numer państwowego ubezpieczenia społecznego (NISS); do niemieckiej instytucji powszechnego systemu ubezpieczenia emerytalno-rentowego, należy podać numer ubezpieczenia (VSNR); do instytucji hiszpańskiej, należy podać numer znajdujący się w krajowym dokumencie tożsamości (DNI) lub N.I.E. w przypadku cudzoziemców, nawet jeśli termin ważności tego dokumentu upływał; do instytucji polskiej, należy podać numery PESEL i NIP; do instytucji portugalskiej, należy podać także numer rejestracyjny w powszechnym systemie emerytalno-rentowym, jeśli zainteresowany był ubezpieczony w systemie ubezpieczenia społecznego dla pracowników służby cywilnej w Portugalii; do instytucji słowackiej, należy podać numer urodzenia; do instytucji słoweńskiej, należy podać osobisty numer identyfikacyjny (EMŠO); do instytucji szwajcarskiej, należy podać numer ubezpieczenia AVS/AI (AHV/IV).
- (⁴) W przypadku obywateli szwedzkich nie można podawać informacji, chyba że wskazano, iż ich podanie jest konieczne.
- (⁵) Ulica, numer domu, kod pocztowy, miejscowość, państwo.
- (⁶) Proszę wskazać, czy jest to szkoła na prawach szkoły publicznej, szkoła publiczna, czy szkoła nadzorowana przez państwo. Należy wypełnić tylko wtedy, jeśli instytucja wymieniona w punkcie 3 jest instytucją brytyjską.
- (^{6a}) Dla potrzeb instytucji słowackich proszę wskazać, czy nauka jest w pełnym czy częściowym wymiarze czasu.
- (⁷) Dla potrzeb instytucji niemieckiej proszę wypełnić punkt 6, jeśli kurs obejmuje mniej niż 10 godzin tygodniowo.
- (⁸) Należy wypełnić, jeśli formularz ma być przesłany do instytucji belgijskiej lub fińskiej; liczba okresów po pół dnia ma być podana w przypadku szkół podstawowych i średnich.
- (⁹) Dla potrzeb instytucji niderlandzkich.
- (¹⁰) Dla potrzeb instytucji maltańskich należy podać, czy dziecko otrzymuje jakieś uposażenie na swoją naukę i podać jego tygodniową wysokość.
- (¹¹) Dla potrzeb instytucji słowackich proszę podać, czy edukacja drugiego stopnia została ukończona.
-

Wypełnia szkoła lub placówka szkolnictwa wyższego lub uniwersytet wymieniony w punkcie 2, jeśli wniosek o świadczenia rodzinne musi być złożony do instytucji belgijskiej lub czeskiej.

1.

- 1.1. Na ile okresów po pół dnia i godzin tygodniowo rozłożone są lekcje?
okresy po pół dnia godziny
- 1.2. Lekcje odbywają się nie odbywają się przed godziną 19.00
- 1.3. Uczeń uczęszcza nie uczęszcza na zajęcia regularnie
Jeśli nie, proszę podać liczbę opuszczonych dni i powód nieobecności
.....
- 1.4. Lekcje wymienione w punkcie 1.1 powyżej
- a) obejmują nie obejmują
godzin szkolenia praktycznego poza placówką, wymaganych do uzyskania oficjalnego dyplomu.
Jeśli tak, proszę podać wypłacane wynagrodzenie brutto lub przyznany zasiłek brutto:
.....
za okres: od do
- b) obejmują nie obejmują
godzin zajęć praktycznych na terenie placówki.
Jeśli tak, proszę podać liczbę godzin w tygodniu:
- c) obejmują nie obejmują
godzin poświęconych na naukę na terenie placówki.
Jeśli tak, proszę podać liczbę godzin w tygodniu
- 1.5. Rodzaj zapewnianego szkolenia
 ogólne techniczne lub zawodowe artystyczne
 wyższe, nieuniwersyteckie uniwersyteckie
- 1.6. Student przygotowuje nie przygotowuje
pracy dyplomowej
jeśli przygotowuje, proszę określić
— od kiedy?
- kiedy musi złożyć pracę dyplomową?
- 1.7. Program nauczania
 jest nie jest zatwierdzony przez Państwo
 odpowiada nie odpowiada programowi nauczania zatwierdzonemu przez Państwo
- 1.8. Proszę określić długość przerw wakacyjnych i ferii
— ferie bożonarodzeniowe: od do
- ferie wielkanocne: od do
- wakacje letnie: od do

2. Szkoła, uniwersytet lub placówka szkolnictwa wyższego

- 2.1. Nazwa
- 2.2. Adres (5)
- 2.3. Pieczęć
- 2.4. Data
- 2.5. Podpis



ZAŚWIADCZENIE O PRZYUCZANIU DO ZAWODU DLA POTRZEB PRYZNANIA ŚWIADCZEŃ RODZINNYCH

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

A. Wniosek o zaświadczenie

Wypełnia instytucja właściwa do przyznawania świadczeń rodzinnych. Jeśli formularz ma być wysłany do instytucji francuskiej, należy dołączyć formularz E 403 Załącznik, w przypadku gdy osoba zainteresowana uczestniczy w szkoleniu zawodowym.

1.	Osoba występująca o świadczenia rodzinne		
	<input type="checkbox"/> Osoba zatrudniona	<input type="checkbox"/> Emeryt/rencista (system dla osób zatrudnionych)	
	<input type="checkbox"/> Osoba pracująca na własny rachunek	<input type="checkbox"/> Emeryt/rencista (system dla osób pracujących na własny rachunek)	
	<input type="checkbox"/> Osoby inne niż wyżej wymienione	<input type="checkbox"/> Sierota	

1.1. Nazwisko ^(1a)			
.....			
1.2. Imię (imiona)	Poprzednie imiona i nazwiska ^(1a)		Miejsce urodzenia ⁽²⁾
.....			
.....			
1.3. Data urodzenia	Płeć	Obywatelstwo	Numer identyfikacyjny/ubezpieczenia ⁽³⁾
.....			
.....			
1.4. Adres w państwie zamieszkania osoby przyuczanej do zawodu ⁽⁴⁾			
.....			

2.	<input type="checkbox"/> Osoba przyuczana do zawodu	<input type="checkbox"/> Osoba uczestnicząca w szkoleniu zawodowym ⁽⁵⁾
----	---	---

2.1. Nazwisko ^(1a)					
.....					
2.2. Imię (imiona)				Poprzednie imiona i nazwiska ^(1a)	
.....					
.....					
2.3. Miejsce urodzenia ⁽²⁾	Data urodzenia	Płeć	Numer identyfikacyjny/ubezpieczenia ⁽³⁾		
.....					
.....					
2.4. Adres ⁽⁴⁾					
.....					

3.	Instytucja właściwa do przyznawania świadczeń rodzinnych
----	--

3.1. Nazwa		
3.2. Adres ⁽⁴⁾		
.....		
3.3. Sygnatura akt		
3.4. Pieczęć		3.5. Data
	
		3.6. Podpis
	

B. Zaświadczenie

Wypełnia osoba, przedsiębiorstwo lub instytucja odpowiedzialna za przyuczanie do zawodu i przesyła do organu odpowiedzialnego za nadzór nad przyuczaniem do zawodu, który musi przesłać wypełniony formularz do instytucji wymienionej w punkcie 3.

4. Informacje dotyczące przyuczania do zawodu

4.1. Osoba wymieniona w punkcie 2 jest u nas przyuczana od dnia
do następującego zawodu:

4.2. Przyuczanie do zawodu odbywa się dni w tygodniu godzin tygodniowo
i potrwa do dnia

4.3. Osoba przyuczana do zawodu
 pobiera
 dodatek na naukę lub wynagrodzenie netto ⁽⁶⁾ brutto w wysokości
 tygodniowo miesięcznie

inne świadczenia ⁽⁷⁾, a mianowicie
 zakwaterowanie pełne utrzymanie częściowe utrzymanie napiwki posiłki dziennie inne ⁽⁸⁾
od do w wysokości:

nie pobiera
 dodatku na naukę ani wynagrodzenia innych świadczeń

4.4. Miejsce pracy

4.5. Imię i nazwisko osoby lub nazwa przedsiębiorstwa lub instytucji odpowiedzialnej za przyuczanie do zawodu
.....

4.6. Adres ⁽⁴⁾

4.7. Pieczęć 4.8. Data
.....

..... 4.9. Podpis
.....

5. Potwierdzenie organu odpowiedzialnego za nadzór nad przyuczaniem do zawodu ⁽⁹⁾

5.1. Nazwa

5.2. Adres ⁽⁴⁾

5.3. Pieczęć 5.4. Data
.....

..... 5.5. Podpis
.....

POUCZENIE

Proszę wypełnić formularz drukowanymi literami, wpisując tekst wyłącznie w miejscach wykropkowanych. Formularz składa się z trzech stron, z których żadnej nie można pominąć, nawet jeśli nie zawiera stosownych informacji. Formularz powinien być wypełniony w języku instytucji wymienionej w punkcie 5.

UWAGI

- (1) Symbol państwa, którego instytucja wypełnia formularz: BE = Belgia; CZ = Czechy; DK = Dania; DE = Niemcy; EE = Estonia; GR = Grecja; ES = Hiszpania; FR = Francja; IE = Irlandia; IT = Włochy; CY = Cypr; LV = Łotwa; LT = Litwa; LU = Luksemburg; HU = Węgry; MT = Malta; NL = Niderlandy; AT = Austria; PL = Polska; PT = Portugalia; SI = Słowenia; SK = Słowacja; FI = Finlandia; SE = Szwecja; UK = Zjednoczone Królestwo; IS = Islandia; LI = Lichtenstein; NO = Norwegia; CH = Szwajcaria.
- (1^a) W przypadku obywateli Hiszpanii należy podać obydwa nazwiska rodowe. W przypadku obywateli Portugalii należy podać pełne dane (imiona, nazwisko, nazwisko panieńskie) w kolejności określonej przez stan cywilny, w jakiej występują w dowodzie tożsamości lub w paszporcie. W przypadku Czech, gdy o świadczenia rodzinne wnioskuje student, osoby wyszczególnione w punktach 1 i 2 są tymi samymi osobami.
- (2) W przypadku dzielnic portugalskich należy podać też parafię i władze lokalne.
- (3) Jeśli formularz ma być przesłany do instytucji czeskiej, należy podać numer urodzenia; do instytucji cypryjskiej, w przypadku obywatela Cypru należy podać Cypryjski Numer Identyfikacyjny, w przypadku cudzoziemca należy podać Numer Zaświadczenia Rejestrującego Cudzoziemca (ARC); do instytucji duńskiej, należy podać numer CPR; do instytucji fińskiej, należy podać numer rejestru ludności; do instytucji szwedzkiej, należy podać numer osobisty (*personnummer*); do instytucji islandzkiej, należy podać osobisty numer identyfikacyjny (*kennitala*); do instytucji łotewskiej, należy podać numer identyfikacyjny; do instytucji w Lichtensteinie, należy podać numer ubezpieczenia AHV; do instytucji litewskiej, należy podać osobisty numer identyfikacyjny; do instytucji węgierskiej, należy podać numer TAJ (numer identyfikacyjny ubezpieczenia społecznego); do instytucji maltańskiej, w przypadku obywateli Malty należy podać numer dowodu tożsamości, w przypadku cudzoziemców należy podać numer maltańskiego ubezpieczenia społecznego; do instytucji norweskiej, należy podać numer identyfikacyjny (*fødselsnummer*); do instytucji belgijskiej, należy podać numer państwowego ubezpieczenia społecznego (NISS); do niemieckiej instytucji powszechnego systemu ubezpieczenia emerytalno-rentowego, należy podać numer ubezpieczenia (VSNR); do instytucji hiszpańskiej, należy podać numer znajdujący się w krajowym dokumencie tożsamości (DNI) lub N.I.E. w przypadku cudzoziemców, nawet jeśli termin ważności tego dokumentu upłynął; do instytucji polskiej, należy podać numery PESEL i NIP; do instytucji portugalskiej, należy podać także numer rejestracyjny w powszechnym systemie emerytalno-rentowym, jeśli zainteresowany był ubezpieczony w systemie ubezpieczenia społecznego dla pracowników służby cywilnej w Portugalii; do instytucji słowackiej, należy podać numer urodzenia; do instytucji słoweńskiej, należy podać osobisty numer identyfikacyjny (EMŠO); do instytucji szwajcarskiej, należy podać numer ubezpieczenia AVS/AI (AHV/IV).
- (4) Ulica, numer domu, kod pocztowy, miejscowość, państwo.
- (5) Dla instytucji francuskich formularz „E 403 Załącznik” należy wypełnić, jeśli osoba zainteresowana pobiera praktyczne szkolenie zawodowe.
- (6) Dla instytucji niemieckich należy podać tylko wysokość brutto zasiłku edukacyjnego.
- (7) O ile dotyczy, w polu poniżej proszę podać informacje na temat innych świadczeń.

.....
.....
.....
.....

- (8) To pole powinny wypełnić następujące instytucje: w Irlandii: „Child Benefit Section, Department of Social and Family Affairs” (Dział Świadczeń dla Dzieci, Ministerstwo Spraw Społecznych i Rodziny), St. Oliver Plunkett Road, Letterkenny, Co. Donegal, w przypadku przyuczania do zawodu, które nie jest nadzorowane przez „industrial training authority” (urząd nadzoru szkolenia przemysłowego) (FAS); we Włoszech: „Ufficio provinciale del lavoro e della massima occupazione” (Regionalny Urząd Pracy i Zatrudnienia); w Słowenii, Izba Rzemieślników Słowenii.
- (9) W odniesieniu do ustawodawstwa francuskiego, w szkoleniu wstępnym lub szkoleniu dla kariery zawodowej, mającym na celu umożliwienie osobom nieposiadającym kwalifikacji zawodowych ani zatrudnienia na podstawie umowy o pracę, na osiągnięcie poziomu koniecznego do podjęcia nauki na oficjalnych kursach szkolenia zawodowego lub bezpośrednie podjęcie zatrudnienia w zawodzie.
- (10) Proszę podać otrzymaną kwotę w walucie Państwa, na terytorium którego pobierane jest szkolenie zawodowe.
- (11) Proszę wypełnić, jeśli taka organizacja istnieje na terytorium, na którym pobierane jest szkolenie zawodowe.

Należy wypełnić, jeśli wniosek o świadczenia rodzinne musi być złożony do instytucji francuskiej i jeśli dotyczy on osoby odbywającej praktyczne szkolenie zawodowe ⁽⁹⁾

1. Informacje dotyczące szkolenia zawodowego ⁽⁹⁾

1.1. Osoba wymieniona w punkcie 2 formularza E 403
 uczestniczy w szkoleniu zawodowym od dnia
 uczestniczyła w szkoleniu zawodowym od: do:

1.2. Czy osoba zainteresowana posiada zawartą umowę o pracę na to szkolenie?
 tak nie

1.3. Charakter zapewnionego szkolenia:

1.4. Łączny okres trwania szkolenia: (miesiące, tygodni)

1.5. Liczba godzin szkolenia:
— część teoretyczna tygodniowo miesięcznie
— część praktyczna tygodniowo miesięcznie

1.6. Czy osoba zainteresowana otrzymuje wynagrodzenie podczas szkolenia? tak nie
Jeśli tak, proszę określić charakter tego wynagrodzenia:
Miesięczna kwota netto ⁽¹⁰⁾:

1.7. Miejsce szkolenia:

1.8. Imię i nazwisko osoby, nazwa przedsiębiorstwa lub instytucji odpowiedzialnej za prowadzenie szkolenia
.....

1.9. Adres ⁽⁴⁾:

1.10. Pieczęć:
1.11. Data
.....
1.12. Podpis
.....

2. Potwierdzenie organu odpowiedzialnego za nadzór nad szkoleniem ⁽¹¹⁾

2.1. Nazwa

2.2. Adres ⁽⁴⁾

2.3. Pieczęć
2.4. Data
.....
2.5. Podpis
.....

ZAŚWIADZENIE LEKARSKIE DLA POTRZEB PRYZNANIA ŚWIADCZEŃ RODZINNYCH

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

A. Wniosek o zaświadczenie

Wypełnia instytucja właściwa do przyznawania świadczeń rodzinnych.

1.	Osoba występująca o świadczenia rodzinne			
	<input type="checkbox"/> Osoba zatrudniona	<input type="checkbox"/> Emeryt/rencista (system dla osób zatrudnionych)		
	<input type="checkbox"/> Osoba pracująca na własny rachunek	<input type="checkbox"/> Emeryt/rencista (system dla osób pracujących na własny rachunek)		
	<input type="checkbox"/> Osoba inna niż wyżej wymienione	<input type="checkbox"/> Sierota		
	1.1. Nazwisko ^(1a)			
1.2. Imię (imiona)		Poprzednie imiona i nazwiska ^(1a)		Miejsce urodzenia ⁽²⁾
1.3. Data urodzenia	Płeć	Obywatelstwo	Numer identyfikacyjny/ubezpieczenia ⁽³⁾	
1.4. Adres ⁽⁴⁾

2.	Osoba, której dotyczy zaświadczenie lekarskie			
	2.1. Nazwisko ^(1a)			
	2.2. Imię (imiona)		Poprzednie imiona i nazwiska ^(1a)	
	2.3. Miejsce urodzenia ⁽²⁾	Data urodzenia	Płeć	Numer identyfikacyjny/ubezpieczenia ⁽³⁾
	2.4. Adres ⁽⁴⁾			

3.	Instytucja właściwa do przyznawania świadczeń rodzinnych			
	3.1. Nazwa			
	3.2. Adres ⁽⁴⁾			
	3.3. Sygnatura akt			
	3.4. Pieczęć		3.5. Data	
			3.6. Podpis	

B. Zaświadczenie

Wypełnia lekarz wyznaczony przez instytucję łącznikową ⁽⁵⁾ ⁽⁶⁾ w państwie zamieszkania osoby badanej i przesyła do instytucji wymienionej w punkcie 3.

4.

4.1. a) Zdolności fizyczne lub umysłowe badanej osoby zmniejszyły się nie zmniejszyły się
Jeśli tak, proszę podać wielkość ubytku:.....%

b) Osoba badana jest w stanie zarabiać na swoje utrzymanie
 nie jest w stanie zarabiać na swoje utrzymanie z powodu ograniczenia zdolności fizycznych lub umysłowych, a kontynuuje naukę na szkoleniu zawodowym

c) Osoba badana jest nie jest gospodynią domową
Jeśli tak, proszę wskazać czy: jest nie jest w stanie dbać o dom

d) Uwagi:
.....
.....
.....

e) Opis stanu osoby badanej:
.....
.....
.....

4.2. Data wystąpienia niepełnosprawności lub choroby (jak najdokładniej):
.....

4.3. Prawdopodobny czas trwania:

4.4. a) Dalsze badanie jest konieczne nie jest konieczne
b) Jeśli jest, proszę podać termin badania:

5.

5.1. Nazwisko i imię (imiona) lekarza:

5.2. Adres ⁽⁴⁾

5.3. Data
.....

5.4. Podpis
.....

POUCZENIE

Proszę wypełnić formularz drukowanymi literami, wpisując tekst wyłącznie w miejscach wy kropkowanych. Formularz składa się z trzech stron, z których żadnej nie można pominąć, nawet jeśli nie zawiera stosownych informacji. Formularz powinien być wypełniony w języku lekarza wystawiającego zaświadczenie.

UWAGI

- (¹) Symbol państwa, którego instytucja wypełnia formularz: BE = Belgia; CZ = Czechy; DK = Dania; DE = Niemcy; EE = Estonia; GR = Grecja; ES = Hiszpania; FR = Francja; IE = Irlandia; IT = Włochy; CY = Cypr; LV = Łotwa; LT = Litwa; LU = Luksemburg; HU = Węgry; MT = Malta; NL = Niderlandy; AT = Austria; PL = Polska; PT = Portugalia; SI = Słowenia; SK = Słowacja; FI = Finlandia; SE = Szwecja; UK = Zjednoczone Królestwo; IS = Islandia; LI = Lichtenstein; NO = Norwegia; CH = Szwajcaria.
- (^{1a}) W przypadku obywateli Hiszpanii należy podać obydwa nazwiska rodowe. W przypadku obywateli Portugalii należy podać pełne dane (imiona, nazwisko, nazwisko panieńskie) w kolejności określonej przez stan cywilny, w jakiej występują w dowodzie tożsamości lub w paszporcie.
- (²) W przypadku dzielnic portugalskich należy podać też parafię i władze lokalne.
- (³) Jeśli formularz ma być przesłany do instytucji czeskiej, należy podać numer urodzenia; do instytucji cypryjskiej, w przypadku obywatela Cypru należy podać Cypryjski Numer Identyfikacyjny, w przypadku cudzoziemca należy podać Numer Zaświadczenia Rejestrującego Cudzoziemca (ARC); do instytucji duńskiej, należy podać numer CPR; do instytucji fińskiej, należy podać numer rejestru ludności; do instytucji szwedzkiej, należy podać numer osobisty (*personnummer*); do instytucji islandzkiej, należy podać osobisty numer identyfikacyjny (*kennitala*); do instytucji łotewskiej, należy podać numer identyfikacyjny; do instytucji w Lichtensteinie, należy podać numer ubezpieczenia AHV; do instytucji litewskiej, należy podać osobisty numer identyfikacyjny; do instytucji węgierskiej, należy podać numer TAJ (numer identyfikacyjny ubezpieczenia społecznego); do instytucji maltańskiej, w przypadku obywateli Malty należy podać numer dowodu tożsamości, w przypadku cudzoziemców należy podać numer maltańskiego ubezpieczenia społecznego; do instytucji norweskiej, należy podać numer identyfikacyjny (*fødselsnummer*); do instytucji belgijskiej, należy podać numer państwowego ubezpieczenia społecznego (NISS); do niemieckiej instytucji powszechnego systemu ubezpieczenia emerytalno-rentowego, należy podać numer ubezpieczenia (VSNR); do instytucji hiszpańskiej, należy podać numer znajdujący się w krajowym dokumencie tożsamości (DNI) lub N.I.E. w przypadku cudzoziemców, nawet jeśli termin ważności tego dokumentu upłynął; do instytucji polskiej, należy podać numery PESEL i NIP; do instytucji portugalskiej, należy podać także numer rejestracyjny w powszechnym systemie emerytalno-rentowym, jeśli zainteresowany był ubezpieczony w systemie ubezpieczenia społecznego dla pracowników służby cywilnej w Portugalii; do instytucji słowackiej, należy podać numer urodzenia; do instytucji słoweńskiej, należy podać osobisty numer identyfikacyjny (EMŠO); do instytucji szwajcarskiej, należy podać numer ubezpieczenia AVS/AI (AHV/IV).
- (⁴) Ulica, numer domu, kod pocztowy, miejscowość, państwo.
- (⁵) Lub lekarz z kasy wyznaczonej przez instytucję łącznikową.
- (⁶) W Słowenii jest to wybrany lekarz.
-

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE DLA POTRZEB PRYZNANIA ŚWIADCZEŃ RODZINNYCH NA PODSTAWIE POLSKIEGO
USTAWODAWSTWA**

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

Formularz stosowany dla celów przyznania świadczeń rodzinnych uzależnionych od stanu zdrowia członków rodziny, na podstawie
ustawodawstwa polskiego.

A. Wniosek o zaświadczenie

Wypełnia polska instytucja właściwa do przyznawania świadczeń rodzinnych.

1.	Osoba występująca o świadczenia rodzinne		
	<input type="checkbox"/> Osoba zatrudniona	<input type="checkbox"/> Emeryt/rencista (system dla osób zatrudnionych)	
	<input type="checkbox"/> Osoba pracująca na własny rachunek	<input type="checkbox"/> Emeryt/rencista (system dla osób pracujących na własny rachunek)	
	<input type="checkbox"/> Osoba inna niż wyżej wymienione	<input type="checkbox"/> Sierota	
1.1. Nazwisko ⁽¹⁾			
.....			
1.2. Imię (imiona)		Poprzednie imiona i nazwiska ⁽¹⁾	Miejsce urodzenia ⁽²⁾
.....	
1.3. Data urodzenia	Płeć	Obywatelstwo	Numer PESEL i NIP
.....
1.4. Adres ⁽³⁾			
.....			

2.	Osoba, której dotyczy zaświadczenie lekarskie		
2.1. Nazwisko ⁽¹⁾			
.....			
2.2. Imię (imiona)		Poprzednie imiona i nazwiska ⁽¹⁾	
.....		
2.3. Miejsce urodzenia ⁽²⁾	Data urodzenia	Płeć	
.....	
2.4. Adres ⁽³⁾			
.....			

3.	Instytucja właściwa do przyznawania świadczeń rodzinnych		
3.1. Nazwa			
3.2. Adres ⁽³⁾			
.....			
3.3. Sygnatura akt			
3.4. Pieczęć			
			3.5. Data
		
			3.6. Podpis
		

B. Zaświadczenie

Wypełnia lekarz wyznaczony przez instytucję łącznikową⁽⁴⁾ w państwie zamieszkania osoby badanej i przesyła do instytucji wymienionej w punkcie 3. W zależności od wieku osoby, której dotyczy zaświadczenie, wypełnia się albo część I, albo część II. W zależności od stanu zdrowia osób powyżej 16 lat wypełnia się albo część IIa, albo IIb.

I. Dotyczy osób, które nie ukończyły 16 roku życia

4.	Niepełnosprawność
4.1. Wiek dziecka w dniu badania: lat miesięcy Waga dziecka Wzrost	
4.2. Przewidywany okres trwania naruszonej sprawności fizycznej lub psychicznej z powodu wady wrodzonej, długotrwałej choroby lub uszkodzenia organizmu wynosi powyżej 12 miesięcy <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	
4.3. Konieczność zapewnienia całkowitej opieki lub pomocy w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych w sposób przewyższający wsparcie potrzebne osobie w danym wieku <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	

II. Dotyczy osób, które ukończyły 16 rok życia**a. Znaczny stopień niepełnosprawności (z powodu naruszonej sprawności organizmu)**

4.4. Ograniczenia w zatrudnieniu:	
a) niezdolny do pracy	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
b) zdolny do pracy jedynie w warunkach pracy chronionej	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
4.5. Wymaga w celu pełnienia ról społecznych:	
a) stałej opieki i pomocy innych osób	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
b) długotrwałej opieki i pomocy innych osób	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
4.6. Niezdolny do samodzielnej egzystencji	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie

b. Umiarkowany stopień niepełnosprawności (z powodu naruszonej sprawności organizmu)

4.7. Ograniczenia w zatrudnieniu:	
a) niezdolny do pracy	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
b) zdolny do pracy jedynie w warunkach pracy chronionej	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
4.8. Wymaga w celu pełnienia ról społecznych:	
a) czasowej pomocy innych osób	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
b) częściowej pomocy innych osób	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
4.9. Okres powstania niepełnosprawności: przed 16 rokiem życia	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie

5.

5.1. Nazwisko i imię (imiona) lekarza:	
5.2. Adres ⁽³⁾	
5.3. Pieczęć	
5.4. Data	
5.5. Podpis	

POUCZENIE

Proszę wypełnić formularz drukowanymi literami, wpisując tekst wyłącznie w miejscach wykropkowanych, w innych miejscach podkreślając wybraną odpowiedź TAK lub NIE. Formularz powinien być wypełniony w języku lekarza wystawiającego zaświadczenie.

UWAGI

- (¹) W przypadku obywateli Hiszpanii należy podać obydwa nazwiska rodowe. W przypadku obywateli Portugalii należy podać wszystkie imiona i nazwiska (imiona, nazwisko, nazwisko panieńskie) w kolejności określonej przez stan cywilny, w jakiej występują one w dokumencie tożsamości lub w paszporcie.
- (²) W przypadku dzielnic w Portugalii należy też podać parafię i władze lokalne.
- (³) Ulica, numer domu, kod pocztowy, miejscowość, państwo.
- (⁴) Lub lekarz z kasy wyznaczonej przez instytucję łącznikową.

OBJAŚNIENIA

Według polskiego prawa osoby, które nie ukończyły 16 roku życia, zaliczane są do osób niepełnosprawnych, jeżeli mają naruszoną sprawność fizyczną lub psychiczną o przewidywanym okresie trwania powyżej 12 miesięcy, z powodu wady wrodzonej, długotrwałej choroby lub uszkodzenia organizmu, powodującą konieczność zapewnienia im całkowitej opieki lub pomocy w zaspakajaniu podstawowych potrzeb życiowych w sposób przewyższający wsparcie potrzebne osobie w danym wieku.

Podkreślenie „TAK” w punktach: 4.2 i 4.3 oznacza, że osoba, zgodnie z polskim prawem, jest niepełnosprawna.

Zgodnie z polskim prawem osoby, które ukończyły 16 rok życia z powodu naruszonej sprawności organizmu, są zaliczane do 3 stopni niepełnosprawności: znacznego, umiarkowanego i lekkiego.

- Do znacznego stopnia niepełnosprawności zalicza się osobę z naruszoną sprawnością organizmu, niezdolną do pracy albo zdolną do pracy jedynie w warunkach pracy chronionej i wymagającą, w celu pełnienia ról społecznych, stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innych osób w związku z niezdolnością do samodzielnej egzystencji.
- Do umiarkowanego stopnia niepełnosprawności zalicza się osobę z naruszoną sprawnością organizmu, niezdolną do pracy albo zdolną do pracy jedynie w warunkach pracy chronionej lub wymagającą czasowej albo częściowej pomocy innych osób w celu pełnienia ról społecznych.

Podkreślenie „TAK” w punktach: 4.4a, 4.5a, 4.6 lub 4.4a, 4.5b, 4.6 lub 4.4b, 4.5a, 4.6 lub 4.4b, 4.5b, 4.6 oznacza, iż osoba jest niepełnosprawna w stopniu znacznym; 4.7a lub 4.7b lub 4.8a lub 4.8b oznacza, iż osoba jest niepełnosprawna w stopniu umiarkowanym.



ZAŚWIADCZE DOTYCZĄCE SUMOWANIA OKRESÓW UBEZPIECZENIA, ZATRUDNIENIA LUB PRACY NA WŁASNY RACHUNEK LUB DOTYCZĄCE NASTĘPUJĄCEGO PO SOBIE ZATRUDNIENIA W KILKU PAŃSTWACH CZŁONKOWSKICH W OKRESACH MIĘDZY TERMINAMI, W KTÓRYCH WYPŁATY SĄ NALEŻNE ZGODNIE Z USTAWODAWSTWEM TYCH PAŃSTW

Rozp. 1408/71: art. 12; art. 72
Rozp. 574/72: art. 10a; art. 85.2 i 3

Niniejsze zaświadczenie powinno być wydane osobie ubezpieczonej na jej prośbę. W razie potrzeby właściwa instytucja powinna wystąpić z wnioskiem o jego wydanie do instytucji, w której osoba ubezpieczona była ostatnio zarejestrowana

A. Wypełnia instytucja właściwa do przyznawania świadczeń rodzinnych, w której zarejestrowana jest osoba ubezpieczona.

1.	<input type="checkbox"/> Osoba zatrudniona	<input type="checkbox"/> Osoba pracująca na własny rachunek	<input type="checkbox"/> Osoba bezrobotna	
1.1.	Nazwisko ^(1a)			
1.2.	Imię (imiona)	Poprzednie imiona i nazwiska ^(1a)	Miejsce urodzenia ⁽²⁾	
1.3.	Data urodzenia	Płeć	Obywatelstwo	Numer identyfikacyjny/ubezpieczenia ⁽³⁾
1.4.	Stan cywilny	<input type="checkbox"/> kawaler/panna	<input type="checkbox"/> żonaty/zamężna	<input type="checkbox"/> wdowiec/wdowa
		<input type="checkbox"/> rozwiedziony/rozwiedziona	<input type="checkbox"/> w separacji	<input type="checkbox"/> konkubent/konkubina ⁽⁴⁾ ⁽⁵⁾
1.5.	Adres ⁽⁶⁾			

2.	Osoba, która powinna otrzymywać świadczenia rodzinne			
2.1.	Nazwisko ^(1a)			
2.2.	Imię (imiona)	Poprzednie imiona i nazwiska ^(1a)	Miejsce urodzenia ⁽²⁾	
2.3.	Data urodzenia	Płeć	Obywatelstwo	Numer identyfikacyjny/ubezpieczenia ⁽³⁾
2.4.	Adres ⁽⁶⁾			

3.	Okres, którego dotyczy wnioski o informacje		
3.1.	Od do		
3.2.	Nazwa i adres pracodawcy ⁽⁷⁾		
3.3.	Charakter pracy wykonywanej na własny rachunek ⁽⁷⁾		

4.	Instytucja, w której osoba ubezpieczona była ostatnio zarejestrowana jako osoba zatrudniona albo jako osoba pracująca na własny rachunek		
4.1.	Nazwa		
4.2.	Adres ⁽⁶⁾		

5.	Instytucja miejsca zamieszkania członków rodziny		
5.1.	Nazwa		
5.2.	Adres ⁽⁶⁾		

6. Instytucja, w której osoba ubezpieczona jest obecnie zarejestrowana

6.1. Nazwa

6.2. Adres (6)

6.3. Sygnatura akt:

6.4. Pieczęć

6.5. Data

6.6. Podpis

B. Wypełnia instytucja właściwa do przyznawania świadczeń rodzinnych, w której dana osoba była poprzednio zarejestrowana.

7.

7.1. Zaświadczamy, że osoba ubezpieczona wymieniona w punkcie 1
była ubezpieczona od do (8)

7.2. w (9)

7.3. Osoba ta jest uprawniona nie jest uprawniona do świadczeń rodzinnych

7.4. Świadczenia rodzinne były wypłacane tej osobie od do

7.5. Członkowie rodziny, za których wypłacane były świadczenia rodzinne

7.5.1. Nazwisko	Imię (imiona)	Data urodzenia	Kwota miesięczna
.....
.....
.....

7.5.2. Czy kwoty podlegają wyrównaniu?

8. Instytucja, w której osoba ubezpieczona była ostatnio zarejestrowana jako osoba zatrudniona albo jako osoba pracująca na własny rachunek

8.1. Nazwa

8.2. Adres (6)

8.3. Pieczęć

8.4. Data

8.5. Podpis

9. Uwagi:

POUCZENIE

Proszę wypełnić formularz drukowanymi literami, wpisując tekst wyłącznie w miejscach wykropkowanych. Formularz składa się z trzech stron, z których żadnej nie można pominąć, nawet jeśli nie zawiera stosownych informacji.

UWAGI

- (1) Symbol państwa, którego instytucja wypełnia formularz: BE = Belgia; CZ = Czechy; DK = Dania; DE = Niemcy; EE = Estonia; GR = Grecja; ES = Hiszpania; FR = Francja; IE = Irlandia; IT = Włochy; CY = Cypr; LV = Łotwa; LT = Litwa; LU = Luksemburg; HU = Węgry; MT = Malta; NL = Niderlandy; AT = Austria; PL = Polska; PT = Portugalia; SI = Słowenia; SK = Słowacja; FI = Finlandia; SE = Szwecja; UK = Zjednoczone Królestwo; IS = Islandia; LI = Lichtenstein; NO = Norwegia; CH = Szwajcaria.
- (1^a) W przypadku obywateli Hiszpanii należy podać obydwa nazwiska rodowe.
W przypadku obywateli Portugalii należy podać wszystkie imiona i nazwiska (imiona, nazwisko, nazwisko panieńskie) w kolejności określonej przez stan cywilny, w jakiej występują w dokumencie tożsamości lub w paszporcie.
- (2) W przypadku dzielnic w Portugalii należy też podać parafię i władze lokalne.
- (3) Jeśli formularz ma być przesłany do instytucji czeskiej, należy podać numer urodzenia; do instytucji cypryjskiej, w przypadku obywatela Cypru należy podać Cypryjski Numer Identyfikacyjny, w przypadku cudzoziemca należy podać Numer Zaświadczenia Rejestrującego Cudzoziemca (ARC); do instytucji duńskiej, należy podać numer CPR; do instytucji fińskiej, należy podać numer rejestru ludności; do instytucji szwedzkiej, należy podać numer osobisty (*personnummer*); do instytucji islandzkiej, należy podać osobisty numer identyfikacyjny (*kennitala*); do instytucji łotewskiej, należy podać numer identyfikacyjny; do instytucji w Lichtensteinie, należy podać numer ubezpieczenia AHV; do instytucji litewskiej, należy podać osobisty numer identyfikacyjny; do instytucji węgierskiej, należy podać numer TAJ (numer identyfikacyjny ubezpieczenia społecznego); do instytucji maltańskiej, w przypadku obywateli Malty należy podać numer dowodu tożsamości, w przypadku cudzoziemców należy podać numer maltańskiego ubezpieczenia społecznego; do instytucji norweskiej, należy podać numer identyfikacyjny (*fødselsnummer*); do instytucji belgijskiej, należy podać numer państwowego ubezpieczenia społecznego (NISS); do niemieckiej instytucji powszechnego systemu ubezpieczenia emerytalno-rentowego, należy podać numer ubezpieczenia (VSNR); do instytucji hiszpańskiej, należy podać numer znajdujący się w krajowym dokumencie tożsamości (DNI) lub N.I.E. w przypadku cudzoziemców, nawet jeśli termin ważności tego dokumentu upłynął; do instytucji polskiej, należy podać numery PESEL i NIP; do instytucji portugalskiej, należy podać także numer rejestracyjny w powszechnym systemie emerytalno-rentowym, jeśli zainteresowany był ubezpieczony w systemie ubezpieczenia społecznego dla pracowników służby cywilnej w Portugalii; do instytucji słowackiej, należy podać numer urodzenia; do instytucji słoweńskiej, należy podać osobisty numer identyfikacyjny (EMŠO); do instytucji szwajcarskiej, należy podać numer ubezpieczenia AVS/AI (AHV/IV).
- (4) Dla potrzeb instytucji czeskich, duńskich, islandzkich i norweskich.
- (5) Informacja oparta na oświadczeniu osoby zainteresowanej.
- (6) Ulica, numer domu, kod pocztowy, miejscowość, państwo.
- (7) Dotyczy okresu poprzedzającego przeniesienie pracownika do Państwa Członkowskiego, którego ustawodawstwu pracownik ten aktualnie podlega.
- (8) a) W przypadku instytucji greckich proszę podać liczbę dni zaliczonych w roku kalendarzowym poprzedzającym rok, w którym wystąpiono o świadczenia rodzinne lub zasiłek rodzinny.
b) W przypadku instytucji belgijskich proszę podać poniżej liczbę dni zatrudnienia lub pracy na własny rachunek:

liczba dni zatrudnienia: liczba dni pracy na własny rachunek:
--

c) W przypadku instytucji francuskich proszę podać poniżej liczbę dni i godzin zatrudnienia oraz otrzymywane wynagrodzenie brutto:

	Liczba dni zatrudnienia	Liczba godzin zatrudnienia	Otrzymywane wynagrodzenie brutto
W ciągu ostatniego miesiąca			
W ciągu ostatnich trzech miesięcy			
W ciągu ostatnich sześciu miesięcy			

(9) Państwo, w którym wykonywana jest dana praca.

**ZAŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE OSOBY PRZEBYWAJĄCEJ NA URLOPIE WYCHOWAWCZYM CELEM PRYZNANIA
ŚWIADCZEŃ RODZINNYCH**

Rozp. 1408/71: art. 12; art. 72; art. 73
Rozp. 574/72: art. 10a; art. 85; art. 86

Formularz stosowany dla celów przyznawania świadczeń rodzinnych na podstawie ustawodawstwa polskiego.

A. Wniosek o zaświadczenie

1.	Osoba występująca o świadczenie rodzinne <input type="checkbox"/> Osoba zatrudniona			
1.1.	Nazwisko ⁽¹⁾			
1.2.	Imię (imiona)	Poprzednie imiona i nazwiska ⁽¹⁾	Miejsce urodzenia ⁽²⁾	
1.3.	Data urodzenia	Płeć	Obywatelstwo	Numer PESEL i NIP
1.4.	Stan cywilny	<input type="checkbox"/> kawaler/panna <input type="checkbox"/> rozwiedziony/rozwiedziona	<input type="checkbox"/> żonaty/zamężna <input type="checkbox"/> w separacji	<input type="checkbox"/> wdowiec/wdowa <input type="checkbox"/> konkubent/konkubina ⁽³⁾ ⁽⁴⁾
1.5.	Adres ⁽⁵⁾			

2.	Osoba, której dotyczy zaświadczenie			
2.1.	Nazwisko ⁽¹⁾			
2.2.	Imię (imiona)	Poprzednie imiona i nazwiska ⁽¹⁾	Miejsce urodzenia ⁽²⁾	
2.3.	Data urodzenia	Płeć	Obywatelstwo	Numer PESEL i NIP
2.4.	Adres ⁽⁵⁾			
2.5.	Okres, którego dotyczy wniosek o zaświadczeniu od do			

3.	Instytucja właściwa do przyznawania świadczeń rodzinnych			
3.1.	Nazwa			
3.2.	Adres ⁽⁵⁾			
3.3.	Sygnatura akt			
3.4.	Pieczęć		3.5.	Data
			3.6.	Podpis

B. Zaświadczenie

Wypełnia instytucja właściwa do przyznawania świadczeń rodzinnych, w której dana osoba była poprzednio zarejestrowana.

4.	Zaświadcza się, że osoba wymieniona w punkcie 2	
4.1.	Była pracownikiem najemnym w okresie od do ⁽⁶⁾ w ⁽⁷⁾	
5.	Osoba wymieniona w punkcie 2	
5.1.	Jest obecnie zatrudniona lub wykonuje inną pracę zarobkową	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
5.2.	Korzysta obecnie z zasiłku wychowawczego ⁽⁸⁾	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
6.	Instytucja, w której osoba wymieniona w punkcie 2 była ostatnio zarejestrowana jako osoba zatrudniona	
6.1.	Nazwa	
6.2.	Adres ⁽⁵⁾	
6.3.	Pieczęć	6.4. Data
		6.5. Podpis

POUCZENIE

Proszę wypełnić formularz drukowanymi literami, wpisując tekst wyłącznie w miejscach wykropkowanych. Formularz składa się z dwóch stron, z których żadnej nie można pominąć, nawet jeśli nie zawiera stosownych informacji.

UWAGI

- (¹) W przypadku obywateli Hiszpanii należy podać obydwa nazwiska rodowe. W przypadku obywateli Portugalii należy podać wszystkie imiona i nazwiska (imiona, nazwisko, nazwisko panieńskie) w kolejności określonej przez stan cywilny, w jakiej występują one w dokumencie tożsamości lub w paszporcie.
- (²) W przypadku dzielnic w Portugalii należy też podać parafię i władze lokalne.
- (³) Dla potrzeb instytucji duńskich, islandzkich, norweskich i polskich.
- (⁴) Informacja oparta na oświadczeniu osoby zainteresowanej.
- (⁵) Ulica, numer domu, kod pocztowy, miejscowość, państwo.
- (⁶) Proszę podać dokładne daty (dzień/miesiąc/rok).
- (⁷) Państwo, gdzie wykonywana jest dana praca.
- (⁸) Dotyczy świadczeń przysługujących na dziecko w okresie korzystania z urlopu wychowawczego przez jednego z rodziców.

E 406



(1)

ZAŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE POSTNATALNYCH BADAŃ MEDYCZNYCH

Rozp. 1408/71: art.73; art. 74

Rozp. 574/72: art. 86; art 88

Informacje dla osoby ubezpieczonej

W celu uzyskania uprawnień do francuskich świadczeń rodzinnych na podstawie art. 73 lub 74 dziecko musi przejść postnatalne badania medyczne, jedno badanie w dziewiątym lub dziesiątym miesiącu życia i drugie w dwudziestym czwartym lub dwudziestym piątym miesiącu. Niewywiązanie się z tego obowiązku i niedotrzymanie powyższych terminów spowoduje częściową utratę tych uprawnień. W celu uzyskania uprawnień do słowackich zasiłków wychowawczych, zgodnie z ustawodawstwem słowackim, dziecko musi być oficjalnie zarejestrowane jako pacjent i przechodzić regularnie profilaktyczne badania medyczne łącznie ze szczepieniami w ramach obowiązkowego programu szczepień.

A. Wniosek o zaświadczenie

1.	<input type="checkbox"/> Osoba zatrudniona	<input type="checkbox"/> Osoba pracująca na własny rachunek		
1.1.	Nazwisko (1a)			
1.2.	Imię (imiona)	Poprzednie imiona i nazwiska (1a)	Miejsce urodzenia (1b)	
1.3.	Data urodzenia	Płeć	Obywatelstwo	Numer identyfikacyjny/ubezpieczenia (1c)
1.4.	Adres (2).....			

2.	Dziecko, którego dotyczy prośba o wystawienie zaświadczenia			
2.1.	Nazwisko (1a)			
2.2.	Imię (imiona)			
2.3.	Miejsce urodzenia (1b)	Data urodzenia	Płeć	Numer identyfikacyjny/ubezpieczenia (1c)
2.4.	Adres (2)			

3.	Instytucja odpowiedzialna za przyznawanie świadczeń rodzinnych			
3.1.	Imię (imiona)			
3.2.	Adres (2)			
3.3.	Sygnatura akt			
3.4.	Pieczęć	3.5.	Data	
		3.6.	Podpis	

B. Zaświadczenie

Wypełnia lekarz leczący dziecko albo wybrany przez osobę sprawującą opiekę nad dzieckiem

4.

4.1. Dziecko wymienione w punkcie 2 powyżej przeszło:

4.2. badanie medyczne w dziewiątym lub dziesiątym miesiącu życia

4.3. badanie medyczne w dwudziestym czwartym lub dwudziestym piątym miesiącu życia

5.

5.1. Nazwisko i imię lekarza

5.2. Adres ⁽²⁾

.....

5.3. Data

.....

5.4. Podpis

.....

POUCZENIE

Proszę wypełnić formularz drukowanymi literami, wpisując tekst wyłącznie w miejscach wy kropkowanych.

UWAGI

(¹) Symbol państwa którego ustawodawstwu podlega pracownik: FR = Francja, SK = Słowacja.

(^{1a}) W przypadku obywateli Hiszpanii należy podać obydwa nazwiska rodowe.

W przypadku obywateli Portugalii należy podać wszystkie imiona i nazwiska (imiona, nazwisko, nazwisko panieńskie) w kolejności określonej przez stan cywilny, w jakiej występują w dokumencie tożsamości lub w paszporcie.

(^{1b}) W przypadku dzielnic w Portugalii należy też podać parafię i władze lokalne.

(^{1c}) Jeśli formularz ma być przesłany do instytucji czeskiej, należy podać numer urodzenia; do instytucji cypryjskiej, w przypadku obywatela Cypru należy podać Cypryjski Numer Identyfikacyjny, w przypadku cudzoziemca należy podać Numer Zaświadczenia Rejestrującego Cudzoziemca (ARC); do instytucji duńskiej, należy podać numer CPR; do instytucji fińskiej, należy podać numer rejestru ludności; do instytucji szwedzkiej, należy podać numer osobisty (*personnummer*); do instytucji islandzkiej, należy podać osobisty numer identyfikacyjny (*kennitala*); do instytucji łotewskiej, należy podać numer identyfikacyjny; do instytucji w Lichtensteinie, należy podać numer ubezpieczenia AHV; do instytucji litewskiej, należy podać osobisty numer identyfikacyjny; do instytucji węgierskiej, należy podać numer TAJ (numer identyfikacyjny ubezpieczenia społecznego); do instytucji maltańskiej, w przypadku obywateli Malty należy podać numer dowodu tożsamości, w przypadku cudzoziemców należy podać numer maltańskiego ubezpieczenia społecznego; do instytucji norweskiej, należy podać numer identyfikacyjny (*fødselsnummer*); do instytucji belgijskiej, należy podać numer państwowego ubezpieczenia społecznego (NISS); do niemieckiej instytucji powszechnego systemu ubezpieczenia emerytalno-rentowego, należy podać numer ubezpieczenia (VSNR); do instytucji hiszpańskiej, należy podać numer znajdujący się w krajowym dokumencie tożsamości (DNI) lub N.I.E. w przypadku cudzoziemców, nawet jeśli termin ważności tego dokumentu upłynął; do instytucji polskiej, należy podać numery PESEL i NIP; do instytucji portugalskiej, należy podać także numer rejestracyjny w powszechnym systemie emerytalno-rentowym, jeśli zainteresowany był ubezpieczony w systemie ubezpieczenia społecznego dla pracowników służby cywilnej w Portugalii; do instytucji słowackiej, należy podać numer urodzenia; do instytucji słoweńskiej, należy podać osobisty numer identyfikacyjny (EMŠO); do instytucji szwajcarskiej, należy podać numer ubezpieczenia AVS/AI (AHV/IV).

(²) Ulica, numer domu, kod pocztowy, miejscowość, państwo.

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE DLA POTRZEB SPECJALNEGO ZASIŁKU RODZINNEGO LUB ZWIĘKSZONYCH ZASIŁKÓW
RODZINNYCH DLA DZIECI NIEPEŁNOSPRAWNYCH**

Rozp. 1408/71: art. 73; art. 74
Rozp. 574/72: art. 86; art. 88

A. Wniosek o zaświadczenie

Wypełnia instytucja odpowiedzialna za przyznawanie świadczeń rodzinnych.

1.	<input type="checkbox"/> Osoba zatrudniona	<input type="checkbox"/> Osoba pracująca na własny rachunek		
1.1.	Nazwisko ^(1a)			
1.2.	Imię (imiona)	Poprzednie imiona i nazwiska ^(1a)	Miejsce urodzenia ^(1b)	
1.3.	Data urodzenia	Płeć	Obywatelstwo	Numer identyfikacyjny/ubezpieczenia ^(1c)
1.4.	Adres ⁽²⁾			

2.	Dziecko, którego dotyczy prośba o wystawienie zaświadczenia			
2.1.	Nazwisko ^(1a)			
2.2.	Imię (imiona)			
2.3.	Miejsce urodzenia ^(1b)	Data urodzenia	Płeć	Numer identyfikacyjny/ubezpieczenia ^(1c)
2.4.	Adres ⁽²⁾			

3.	Instytucja odpowiedzialna za przyznawanie świadczeń rodzinnych			
3.1.	Nazwisko			
3.2.	Adres ⁽²⁾			
3.3.	Sygnatura akt			
3.4.	Pieczęć	3.5.	Data	
		3.6.	Podpis	

B. Zaświadczenie

Lekarz wyznaczony przez instytucję w miejscu zamieszkania badanego dziecka powinien wypełnić tę stronę i następną oraz przesłać formularz do instytucji wskazanej w punkcie 3, załączając wszystkie dokumenty medyczne (zdjęcia, zdjęcia rentgenowskie, wyniki badań medycznych itp.)⁽⁴⁾.

4.				
4.1.	Wiek dziecka w dniu badania:	lat	miesiący	
	Waga dziecka:	kilogramów	gramów	wzrost:
				centymetrów
4.2.	Opóźnienie rozwoju psychomotorycznego			
	Opóźnienie w odniesieniu do poziomu normalnego dla wieku dziecka: <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie			
	Jeśli tak, proszę je określić:			
4.3.	Samodzielność			
	Czy dziecko potrafi samo usiąść?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	Czy potrafi chodzić?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
	Czy potrafi mówić?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	Czy potrafi się samo ubrać?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
	Czy potrafi samo jeść?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	Czy potrafi pisać?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie ⁽³⁾
			Czy dziecko nie trzyma moczu lub stolca?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie ⁽³⁾
4.4.	Pomoc			
	Czy stan dziecka wymaga opieki osoby trzeciej? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie			
	Stałej opieki?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	Codzienniej opieki, ale nie ciągłej?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
	Lub innych środków (proszę podać jakich):			
4.5.	Charakter głównej niezdolności			
	Czy niezdolność dziecka ma charakter			
	czuciowy?	wzrokowy?	.....
		słuchowy?	.....
	ruchowy:			
	umysłowy:	poziom umysłowy	.....
		zachowanie	.....
	inny			
4.6.	Przyczyny powstania niezdolności ⁽³⁾			
	— wrodzona anomalia	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	
	— choroba	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	
	data wystąpienia niezdolności:			
	data diagnozy:	miesiąc:	rok:	
	rozpoczęcie leczenia:	miesiąc:	rok:	
	— wypadek	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	
	data wypadku:			
4.7.	Towarzysząca niepełnosprawność			
	Jaka?			
	Inne braki			
4.8.	Dodatkowe informacje			
	Niepełnosprawność innych członków rodziny:			
	Dodatkowe, już przeprowadzone badania:			
	(Jeśli jest to możliwe, należy załączyć kopie raportów z badań medycznych)			

4.9. Leczenie, w tym rehabilitacja i leczenie lekami. Jakie formy leczenia są świadczone?

.....
 Od kiedy?

Jakie formy leczenia są zalecane?

— Chirurgiczne:

— Hospitalizacja (ostatnie trzy lata):

— Leczenie w domu (środki medyczne, ...) Od kiedy/...../.....

..... Od kiedy/...../.....

..... Od kiedy/...../.....

— Rehabilitacja:	Początek	Częstotliwość	Gdzie?
Logopedia:
Psychoterapia:
Terapia zajęciowa
(Psycho)terapia
Wczesna pomoc w domu

4.10. Środki edukacyjne i szkoleniowe

Jakie formy edukacji i szkolenia są prowadzone?

.....
 Od kiedy?

Jakie formy edukacji i szkoleń są zalecane?

4.11. Rokowania

Proszę określić:

4.12. Kod choroby zgodnie z Międzynarodową Klasyfikacją Chorób – WHO (ICD)

4.13. Początek choroby

4.14. Data następnego badania kontrolnego

5.

5.1. Nazwisko i imię (imiona) lekarza

5.2. Adres (²)

5.3. Data

5.4. Podpis

POUCZENIE

Proszę wypełnić formularz drukowanymi literami, wpisując tekst wyłącznie w miejscach wykropkowanych. Formularz składa się z czterech stron, z których żadnej nie można pominąć, nawet jeśli nie zawiera stosownych informacji. Formularz należy wypełnić w języku lekarza wystawiającego zaświadczenie.

UWAGI

- (¹) Symbol państwa, którego instytucja wypełnia formularz: BE = Belgia; CZ = Czechy; DK = Dania; DE = Niemcy; EE = Estonia; GR = Grecja; ES = Hiszpania; FR = Francja; IE = Irlandia; IT = Włochy; CY = Cypr; LV = Łotwa; LT = Litwa; LU = Luksemburg; HU = Węgry; MT = Malta; NL = Niderlandy; AT = Austria; PL = Polska; PT = Portugalia; SI = Słowenia; SK = Słowacja; FI = Finlandia; SE = Szwecja; UK = Zjednoczone Królestwo; IS = Islandia; LI = Lichtenstein; NO = Norwegia; CH = Szwajcaria.
- (^{1a}) W przypadku obywateli Hiszpanii należy podać obydwa nazwiska rodowe.
W przypadku obywateli Portugalii należy podać wszystkie imiona i nazwiska (imiona, nazwisko, nazwisko panieńskie) w kolejności określonej przez stan cywilny, w jakiej występują w dokumencie tożsamości lub paszporcie.
- (^{1b}) W przypadku dzielnic w Portugalii należy podać również parafię i władze lokalne.
- (^{1c}) Jeśli formularz ma być przesłany do instytucji czeskiej, należy podać numer urodzenia; do instytucji cypryjskiej, w przypadku obywatela Cypru należy podać Cypryjski Numer Identyfikacyjny, w przypadku cudzoziemca należy podać Numer Zaświadczenia Rejestrującego Cudzoziemca (ARC); do instytucji duńskiej, należy podać numer CPR; do instytucji fińskiej, należy podać numer rejestru ludności; do instytucji szwedzkiej, należy podać numer osobisty (*personnummer*); do instytucji islandzkiej, należy podać osobisty numer identyfikacyjny (*kennitala*); do instytucji łotewskiej, należy podać numer identyfikacyjny; do instytucji w Lichtensteinie, należy podać numer ubezpieczenia AHV; do instytucji litewskiej, należy podać osobisty numer identyfikacyjny; do instytucji węgierskiej, należy podać numer TAJ (numer identyfikacyjny ubezpieczenia społecznego); do instytucji maltańskiej, w przypadku obywateli Malty należy podać numer dowodu tożsamości, w przypadku cudzoziemców należy podać numer maltańskiego ubezpieczenia społecznego; do instytucji norweskiej, należy podać numer identyfikacyjny (*fødselsnummer*); do instytucji belgijskiej, należy podać numer państwowego ubezpieczenia społecznego (NISS); do niemieckiej instytucji powszechnego systemu ubezpieczenia emerytalno-rentowego, należy podać numer ubezpieczenia (VSNR); do instytucji hiszpańskiej, należy podać numer znajdujący się w krajowym dokumencie tożsamości (DNI) lub N.I.E. w przypadku cudzoziemców, nawet jeśli termin ważności tego dokumentu upłynął; do instytucji polskiej, należy podać numery PESEL i NIP; do instytucji portugalskiej, należy podać także numer rejestracyjny w powszechnym systemie emerytalno-rentowym, jeśli zainteresowany był ubezpieczony w systemie ubezpieczenia społecznego dla pracowników służby cywilnej w Portugalii; do instytucji słowackiej, należy podać numer urodzenia; do instytucji słoweńskiej, należy podać osobisty numer identyfikacyjny (EMŠO); do instytucji szwajcarskiej, należy podać numer ubezpieczenia AVS/AI (AHV/IV). W przeciwnym razie należy wpisać „Brak”.
- (²) Ulica, numer, kod pocztowy, miejscowość, państwo.
- (³) Należy wpisać tylko wtedy, gdy instytucją odpowiedzialną za przyznawanie świadczeń rodzinnych jest instytucja belgijska lub słowacka.
- (⁴) W Słowenii wypełnia komisja medyczna wyznaczona przez Ministra Pracy, Rodziny i Spraw Socjalnych.

**PROŚBA O INFORMACJE DOTYCZĄCE UPRAWNIENIA DO ŚWIADCZEŃ RODZINNYCH W PAŃSTWIE CZŁONKOWSKIM,
 W KTÓRYM MIESZKAJĄ CZŁONKOWIE RODZINY**

Rozp. 1408/71: art. 76
 Rozp. 574/72: art. 10

A. Wniosek o zaświadczenie

Właściwa instytucja odpowiedzialna za wypłatę świadczeń rodzinnych w Państwie Członkowskim, w którym pracuje osoba zatrudniona lub pracująca na własny rachunek, pragnąca wiedzieć, czy uprawnienie do świadczeń rodzinnych istnieje w Państwie Członkowskim, w którym mieszkają członkowie rodziny, powinna wypełnić dwa egzemplarze części A i przekazać je do instytucji miejsca zamieszkania członków rodziny.

1. Osoba zatrudniona Osoba pracująca na własny rachunek

1.1. Nazwisko (1a)	.....	
1.2. Imię (imiona)	Poprzednie imiona i nazwiska (1a)	Miejsce urodzenia (2)	
.....	
1.3. Data urodzenia	Płeć	Obywatelstwo	Numer identyfikacyjny/ubezpieczenia (3)
.....
1.4. Adres (4)	.....	
.....		

2. Małżonek/małżonka (były małżonek/małżonka) lub inne osoby, których uprawnienie do świadczeń rodzinnych w państwie zamieszkania członków rodziny musi być sprawdzone

2.1. Nazwisko (1a)	.....	
2.2. Imię (imiona)	Poprzednie imiona i nazwiska (1a)	Data urodzenia	Numer identyfikacyjny/ubezpieczenia (3)
.....
2.3. Adres (4)	.....	
.....		
2.4. Stopień pokrewieństwa z członkami rodziny wymienionymi w punkcie 3	.....	
.....		
2.5. Okres, za który potrzebne są informacje	.....	

3. Członkowie rodziny (6)

	Nazwisko (1a)	Imię (imiona)	Data urodzenia	Stopień pokrewieństwa (6)	Miejsce zamieszkania (7)	Numer identyfikacyjny/ubezpieczenia (3)
3.1.
.....
3.2.
.....
3.3.
.....

4. Informacje dotyczące wykonywanej pracy zawodowej otrzymane w państwie zamieszkania członków rodziny

- 4.1. Pracodawca
- 4.2. Adres ⁽⁴⁾
- 4.3. Praca na własny rachunek
- 4.4. Działalność traktowana jako praca zawodowa zgodnie z definicją przedstawioną w decyzji nr 119 ⁽¹⁵⁾

5. Właściwa instytucja

- 5.1. Nazwa
- 5.2. Adres ⁽⁴⁾
- 5.3. Sygnatura akt ⁽⁸⁾
- 5.4. Pieczęć
- 5.5. Data
- 5.6. Podpis

B. Zaświadczenie

Wypełnia instytucja właściwa w miejscu zamieszkania członków rodziny lub pracodawca osoby wymienionej w punkcie 2 ⁽⁹⁾.

6. Zaświadczenie wystawiane przez instytucję właściwą odpowiedzialną za wypłatę świadczeń rodzinnych w miejscu zamieszkania członków rodziny lub przez pracodawcę

- 6.1. W okresie od do osoba wymieniona w punkcie 2
- wykonywała pracę zawodową (lub działalność traktowaną jako taką zgodnie z definicją przedstawioną w decyzji nr 119) ⁽¹⁵⁾ od do
- nie wykonywała pracy zawodowej (ani działalności traktowanej jako taką zgodnie z definicją przedstawioną w decyzji nr 119) ⁽¹⁵⁾ od do
- 6.2. W okresie od do osoba wymieniona w punkcie 2
- jest uprawniona do świadczeń rodzinnych dla członków rodziny
- łączna kwota świadczeń rodzinnych:
- nie jest uprawniona do świadczeń rodzinnych z następujących powodów:
- nie złożyła wniosku ⁽¹⁰⁾
- 6.3. Dochód osoby wymienionej w punkcie 2 i 3 ^(4a)

7. Informacje dotyczące świadczeń rodzinnych określonych w punkcie 6 dla poszczególnych członków rodziny ⁽¹¹⁾

	Nazwisko	Imię (imiona)	Data urodzenia	Stopień pokrewieństwa	Miejsce zamieszkania
1.
2.
3.
4.
5.
6.

Dodatkowe informacje o członkach rodziny:

	Członkowie rodziny	Rodzaj świadczenia ⁽¹⁴⁾	Kwota ⁽¹²⁾	Częstotliwość (tydzień/miesiąc)
1.
2.
3.
4.
5.
6.

8. Pracodawca osoby wymienionej w punkcie 2 ⁽⁹⁾

8.1. Nazwa pracodawcy (w przypadku spółki, nazwa)

8.2. Adres ⁽⁴⁾

8.3. Pieczęć

8.4. Data

8.5. Podpis

9. Instytucja w miejscu zamieszkania członków rodziny ⁽¹³⁾

9.1. Nazwa

9.2. Adres ⁽⁴⁾

9.3. Sygnatura akt

9.4. Pieczęć

9.5. Data

9.6. Podpis

POUCZENIE

Proszę wypełnić formularz drukowanymi literami, wpisując tekst wyłącznie w miejscach wy kropkowanych. Formularz składa się z pięciu stron, z których żadnej nie można pominąć, nawet jeśli nie zawiera stosownych informacji.

UWAGI

- (1) Symbol państwa, którego instytucja wypełnia formularz: BE = Belgia; CZ = Czechy; DK = Dania; DE = Niemcy; EE = Estonia; GR = Grecja; ES = Hiszpania; FR = Francja; IE = Irlandia; IT = Włochy; CY = Cypr; LV = Łotwa; LT = Litwa; LU = Luksemburg; HU = Węgry; MT = Malta; NL = Niderlandy; AT = Austria; PL = Polska; PT = Portugalia; SI = Słowenia; SK = Słowacja; FI = Finlandia; SE = Szwecja; UK = Zjednoczone Królestwo; IS = Islandia; LI = Lichtenstein; NO = Norwegia; CH = Szwajcaria.
- (1^a) W przypadku obywateli Hiszpanii należy podać obydwa nazwiska rodowe. W przypadku obywateli Portugalii należy podać wszystkie imiona i nazwiska (imiona, nazwiska, nazwisko panieńskie) w kolejności określonej przez stan cywilny, w jakiej występują w dokumencie tożsamości lub paszporcie.
- (2) W przypadku dzielnic w Portugalii należy też podać parafie i władze lokalne.
- (3) Jeśli formularz ma być przesłany do instytucji czeskiej, należy podać numer urodzenia; do instytucji cypryjskiej, w przypadku obywatela Cypru należy podać Cypryjski Numer Identyfikacyjny, w przypadku cudzoziemca należy podać Numer Zaświadczenia Rejestrującego Cudzoziemca (ARC); do instytucji duńskiej, należy podać numer CPR; do instytucji fińskiej, należy podać numer rejestru ludności; do instytucji szwedzkiej, należy podać numer osobisty (*personnummer*); do instytucji islandzkiej, należy podać osobisty numer identyfikacyjny (*kennitala*); do instytucji łotewskiej, należy podać numer identyfikacyjny; do instytucji w Lichtensteinie, należy podać numer ubezpieczenia AHV; do instytucji litewskiej, należy podać osobisty numer identyfikacyjny; do instytucji węgierskiej, należy podać numer TAJ (numer identyfikacyjny ubezpieczenia społecznego); do instytucji maltańskiej, w przypadku obywateli Malty należy podać numer dowodu tożsamości, w przypadku cudzoziemców należy podać numer maltańskiego ubezpieczenia społecznego; do instytucji norweskiej, należy podać numer identyfikacyjny (*fødselsnummer*); do instytucji belgijskiej, należy podać numer państwowego ubezpieczenia społecznego (NISS); do niemieckiej instytucji powszechnego systemu ubezpieczenia emerytalno-rentowego, należy podać numer ubezpieczenia (VSNR); do instytucji hiszpańskiej, należy podać numer znajdujący się w krajowym dokumencie tożsamości (DNI) lub N.I.E. w przypadku cudzoziemców, nawet jeśli termin ważności tego dokumentu upłynął; do instytucji polskiej, należy podać numery PESEL i NIP; do instytucji portugalskiej, należy podać także numer rejestracyjny w powszechnym systemie emerytalno-rentowym, jeśli zainteresowany był ubezpieczony w systemie ubezpieczenia społecznego dla pracowników służby cywilnej w Portugalii; do instytucji słowackiej, należy podać numer urodzenia; do instytucji słoweńskiej, należy podać osobisty numer identyfikacyjny (EMŠO) i numer podatkowy; do instytucji szwajcarskiej, należy podać numer ubezpieczenia AVS/AI (AHV/IV).
- (4) Ulica, numer domu, kod pocztowy, miejscowość, państwo. Jeśli formularz jest wysyłany do węgierskiej instytucji, należy podać również ostatni adres na Węgrzech.
- (4^a) Dla potrzeb instytucji czeskich należy przedłożyć zaświadczenie o dochodach osób wymienionych w punkcie 2 i 3. Jeśli wniosek o świadczenie składany jest do 30 września bieżącego roku, zaświadczenie o dochodach powinno dotyczyć roku kalendarzowego poprzedzającego ostatni rok, jeżeli wniosek o świadczenie jest składany po 1 października bieżącego roku, zaświadczenie o dochodach powinno dotyczyć poprzedniego roku kalendarzowego. Proszę podać wszystkie rodzaje dochodów zgodnie ze swoim pochodzenia (zatrudnienie, praca na własny rachunek, renty, stypendia, alimenty itp.), łącznie ze świadczeniami (zasiłki dla bezrobotnych, emerytury, świadczenia chorobowe, świadczenia rodzinne itp.).
- (5) Proszę określić stopień pokrewieństwa każdego członka rodziny wobec pracownika, za pomocą następujących symboli:
 A = dziecko ze związku małżeńskiego. W Hiszpanii i Polsce dziecko ze związku małżeńskiego i dziecko pozamałżeńskie.
 B = dziecko uznane.
 C = dziecko przysposobione.
 D = dziecko naturalne (jeśli formularz wypełnia pracownik płci męskiej, naturalne dziecko musi być wymienione tylko wtedy, jeśli oficjalnie uznano ojcostwo lub obowiązek pracownika do łżenia na utrzymanie dziecka).
 E = dziecko małżonka/małżonki należące do gospodarstwa domowego pracownika.
 F = wnuki i rodzeństwo, które osoba zainteresowana przyjęła do swojego gospodarstwa domowego. Jeśli instytucją właściwą jest instytucja grecka, to także siostrzeńcy/siostrzenice, bratankowie/bratanice do trzeciego stopnia. Jeśli właściwą instytucją jest polska instytucja, tylko wnukowie i rodzeństwo, których prawnym opiekunem jest osoba uprawniona lub jej małżonek/małżonka.
 G = inne dzieci stale należące do gospodarstwa domowego, na takich samych prawach jak dzieci pracownika (przybrane dzieci). Jeśli instytucją właściwą jest instytucja polska, wyłącznie inne dzieci, których opiekunem prawnym jest osoba uprawniona lub jej małżonek/małżonka.
 H = Dla potrzeb instytucji czeskich proszę dodatkowo określić formy opieki (opieka przyznana decyzją sądu osobom innym niż rodzice, opiekun, kurator itd.). Inne stopnie pokrewieństwa (np. dziadek) należy podać w pełnym brzmieniu.
 Zgodnie z czeskim ustawodawstwem dzieci uznane i przysposobione, określone symbolami B i C, mają równy status.
- (6) Dla potrzeb instytucji norweskich należy wymienić wyłącznie dzieci poniżej 16 roku życia. Dla potrzeb instytucji łotewskiej należy wymienić wyłącznie dzieci poniżej 15 roku życia oraz — jeśli uczęszczają do powszechnej lub zawodowej placówki edukacyjnej i nie otrzymują stypendium oraz są stanu wolnego — dzieci poniżej 20 roku życia.
- (7) Jeśli członek rodziny mieszka pod adresem innym niż podany w punkcie 2.3, proszę podać ten adres poniżej. Dla potrzeb instytucji łotewskich i norweskich proszę podać jeśli dziecko mieszka w sierocińcu, szkole specjalnej lub innej instytucji zapewniającej miejsce zamieszkania.

Nazwisko i imię (imiona)

.....

.....

Adres (4)

.....

.....

- (⁸) Do wykorzystania przez instytucję wysyłającą.
- (⁹) Zaświadczenie powinno być wypełnione przez pracodawcę, jedynie jeśli jest on zobowiązany do wypłaty świadczeń rodzinnych przysługujących w państwie zamieszkania.
- (¹⁰) W tym przypadku instytucja miejsca zamieszkania powinna podać kwotę świadczeń rodzinnych, które byłyby przyznane, gdyby został złożony wniosek. Jeśli nie posiada ona wystarczających informacji, aby to zrobić, powinna wpisać w punkcie 7 stawki według obowiązującego ustawodawstwa dla każdego z członków rodziny.
- (¹¹) W przypadku norweskich świadczeń rodzinnych podana będzie wyłącznie kwota całkowita.
- (¹²) Gdzie jest to możliwe, należy podać stawki, o których mowa w przypisie 10.
- (¹³) Wypełnia instytucja miejsca zamieszkania członków rodziny, ewentualnie instytucja łącznikowa.
- (¹⁴) Dla słowackich i czeskich instytucji należy podać rodzaj świadczenia rodzinnego.
- (¹⁵) Dz.U. C 295 z 2.11.1983, str. 3.
-