

**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			
	☐ Osoba zatrudniona	☐ Emeryt/rencista (system dla osób zatrudnionych)		
	☐ Osoba pracująca na własny rachunek	☐ Emeryt/rencista (system dla osób pracujących na własny rachunek)		
	☐ Osoba inna niż wyżej wymienione	☐ 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 ☐ Tak ☐ Nie	
4.3. Konieczność zapewnienia całkowitej opieki lub pomocy w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych w sposób przewyższający wsparcie potrzebne osobie w danym wieku ☐ Tak ☐ 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	☐ Tak ☐ Nie
b) zdolny do pracy jedynie w warunkach pracy chronionej	☐ Tak ☐ Nie
4.5. Wymaga w celu pełnienia ról społecznych:	
a) stałej opieki i pomocy innych osób	☐ Tak ☐ Nie
b) długotrwałej opieki i pomocy innych osób	☐ Tak ☐ Nie
4.6. Niezdolny do samodzielnej egzystencji	☐ Tak ☐ Nie

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

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