

LEKÁRSKE POTVRDENIE NA ÚČELY PRIZNANIA RODINNÝCH DÁVOK PODĽA POĽSKEJ LEGISLATÍVY

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

Používa sa na účely priznania rodinných dávok v závislosti od zdravia rodinných príslušníkov podľa poľskej legislatívy.

A. Žiadosť o potvrdenie

Vyplní poľská inštitúcia príslušná pre priznanie rodinných dávok.

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

2.	Osoba, na ktorú sa vzťahuje lekárske potvrdenie				
2.1.	Priezvisko <sup>(1)</sup> .....				
2.2.	Mená	Predchádzajúce mená a priezviská <sup>(1)</sup>			
2.3.	Miesto narodenia <sup>(2)</sup>	Dátum narodenia	Pohlavie		
2.4.	Adresa <sup>(3)</sup> .....				

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

**B. Potvrdenie**

Vyplní lekár určený styčnou inštitúciou <sup>(4)</sup> v krajine bydliska vyšetrovanej osoby a zašle sa inštitúcii uvedenej v tabuľke 3. Časť I alebo II sa vyplní v závislosti od veku osoby, na ktorú sa potvrdenie vzťahuje. Časť II a alebo časť II b sa vyplní v závislosti od zdravotného stavu osôb nad 16 rokov.

**I. Vzťahuje sa na osoby do 16 rokov**

<b>4.</b>	Zdravotné postihnutie
4.1.	Vek dieťaťa v deň vyšetrenia: ..... rokov ..... mesiacov Hmotnosť dieťaťa ..... Výška .....
4.2.	Očakávané obdobie fyzického alebo mentálneho zhoršenia z dôvodu vrodeného postihnutia, dlhotrvajúcej choroby alebo telesného úrazu je viac ako 12 mesiacov. <input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie
4.3.	Vyžaduje trvalú starostlivosť opatrovníka na vykonávanie základných životných potrieb spôsobom, ktorý je primeraný pre osobu takéhoto veku. <input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie

**II. Vzťahuje sa na osoby nad 16 rokov****a) Pokročilá úroveň zdravotného postihnutia (pre fyzické postihnutie)**

4.4.	Obmedzenie zamestnania:	
	a) neschopný/á práce	<input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie
	b) schopný/á práce len za podmienky chránenej pracovnej sily	<input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie
4.5.	Vyžaduje nasledujúce, aby splnil/a svoju spoločenskú úlohu:	
	a) trvalú starostlivosť a pomoc iných	<input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie
	b) dlhotrvajúcu starostlivosť a pomoc iných	<input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie
4.6.	Nie je schopný/á žiť samostatne	<input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie

**b) Stredná úroveň zdravotného postihnutia (pre fyzické postihnutie)**

4.7.	Obmedzenie zamestnania:	
	a) neschopný/á práce	<input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie
	b) schopný/á práce len za podmienky chránenej pracovnej sily	<input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie
4.8.	Vyžaduje nasledujúce, aby splnil/a svoju spoločenskú úlohu:	
	a) dočasnú starostlivosť a pomoc iných	<input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie
	b) čiastočnú starostlivosť a pomoc iných	<input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie
4.9.	Obdobie, keď nastalo zdravotné postihnutie: vo veku do 16 rokov	<input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie

**5.**

5.1.	Priezvisko a mená lekára .....
5.2.	Adresa <sup>(3)</sup> .....
5.3.	Pečiatka
	5.4. Dátum .....
	5.5. Podpis .....

**POKYNY**

**Vyplňte, prosím, tento formulár tlačným písmom a píšete len na vybodkované riadky, inde, prosím, označte odpoveď ÁNO alebo NIE. Vyplní sa v jazyku lekára vystavujúceho toto potvrdenie.**

**POZNÁMKY**

- (<sup>1</sup>) V prípade španielskych štátnych príslušníkov uveďte obidve mená. V prípade portugalských štátnych príslušníkov uveďte všetky mená (mená, priezviská, rodné priezviská) v poradí osobného stavu, ako sú uvedené v preukaze totožnosti alebo v pase.
- (<sup>2</sup>) V prípade portugalských okresov uveďte tiež farnosť a miestny úrad.
- (<sup>3</sup>) Ulica, číslo, poštové smerovacie číslo, mesto, štát.
- (<sup>4</sup>) Alebo lekár poisťovne určený styčným orgánom.

**INFORMÁCIA**

Podľa poľského práva osoby pod 16 rokov sa posudzujú ako zdravotne postihnuté, ak majú zníženú fyzickú alebo mentálnu kapacitu počas očakávaného obdobia presahujúceho 12 mesiacov z dôvodu vrodeneho postihnutia, dlhotrvajúcej choroby alebo telesného úrazu a vyžadujú trvalú starostlivosť alebo podporu na naplnenie základných životných potrieb spôsobom, ktorý je primeraný pre osobu takéhoto veku.

Označené „ÁNO“ v bodoch: 4.2 a 4.3 znamená, že osoba je podľa poľského práva zdravotne postihnutá.

Podľa poľského práva osoby s fyzickým alebo mentálnym poškodením môžu patriť do jednej z troch skupín zdravotného postihnutia: pokročilého, stredného a ľahkého.

- Osoba s pokročilým zdravotným postihnutím je osoba, ktorá má fyzické poškodenie, ktorá je neschopná pracovať alebo schopná pracovať v podmienkach chránenej pracovnej sily, ktorá nie je schopná žiť samostatne a vyžaduje trvalú alebo dlhodobú starostlivosť a podporu od iných, aby naplnila svoju sociálnu úlohu.
- Osoba so stredným zdravotným postihnutím je osoba, ktorá má fyzické poškodenie, ktorá je neschopná pracovať alebo schopná pracovať v podmienkach chránenej pracovnej sily, alebo ktorá si vyžaduje dočasnú alebo čiastočnú starostlivosť alebo podporu od iných, aby naplnila svoju sociálnu úlohu.

Označené „ÁNO“ v bodoch: 4.4a, 4.5a, 4.6 alebo 4.4a, 4.5b, 4.6 alebo 4.4b, 4.5a, 4.6 alebo 4.4b, 4.5b, 4.6 znamená, že osoba má pokročilé zdravotné postihnutie; 4.7a alebo 4.7b, alebo 4.8a, alebo 4.8b znamená, že osoba má stredné zdravotné postihnutie.