

## II

*(Actos cuya publicación no es una condición para su aplicabilidad)*

## COMISIÓN

COMISIÓN ADMINISTRATIVA  
DE LAS COMUNIDADES EUROPEAS PARA  
LA SEGURIDAD SOCIAL DE LOS TRABAJADORES MIGRANTES

## DECISIÓN Nº 144

de 9 de abril de 1990

relativa a los modelos de formularios necesarios para la aplicación de los Reglamentos (CEE)  
nºs 1408/71 y 574/72 del Consejo (E 401—E 410 F)

(91/140/CEE)

LA COMISIÓN ADMINISTRATIVA DE LAS COMUNIDADES EUROPEAS PARA LA SEGURIDAD  
SOCIAL DE LOS TRABAJADORES MIGRANTES,

Vista la letra a) del artículo 81 del Reglamento (CEE) nº 1408/71 del Consejo, de 14 de junio de 1971, relativo a la aplicación de los regímenes de seguridad social a los trabajadores por cuenta ajena, a los trabajadores por cuenta propia y a los miembros de su familia que se desplazan dentro de la Comunidad en virtud del cual dicha Comisión se encargará de resolver todas las cuestiones administrativas o de interpretación derivadas de las disposiciones del Reglamento (CEE) nº 1408/71 y de los Reglamentos ulteriores,

Visto el apartado 1 del artículo 2, del Reglamento (CEE) nº 574/72 del Consejo, de 21 de marzo de 1972, en virtud del cual se establecen los modelos de certificados, certificaciones, declaraciones, solicitudes y demás documentos necesarios para la aplicación de los Reglamentos,

Vista la Decisión nº 130, de 17 de octubre de 1985, por la que se establecen y adaptan los modelos de formularios necesarios para la aplicación de los Reglamentos.

Visto el Reglamento (CEE) nº 3427/89 del Consejo, de 30 de octubre de 1989, por el que se establece una solución uniforme para todos los Estados miembros al problema del pago de las prestaciones familiares a los miembros de la familia que no residan en el territorio del Estado competente, y que extiende sus disposiciones a los trabajadores por cuenta propia,

Considerando que procede adaptar los modelos de formularios anteriormente mencionados, suprimir algunos de ellos que carecen de sentido en la actualidad y crear otros nuevos, con el fin de plicar las modificaciones introducidas por el Reglamento (CEE) nº 3427/89;

Considerando que en la Recomendación nº 15 de la Comisión administrativa se prevé la lengua en que se redactarán los formularios,

DECIDE:

1. Los modelos de los formularios E 401—E 410 F reproducidos en la Decisión nº 130 se sustituirán por los modelos correspondientes de la siguiente fórmula:
  - a) se modifican los modelos de los formularios E 401, E 402, E 403, E 404 y E 405;
  - b) se suprimen los modelos de los formularios E 406 F, E 407 F, E 408 F, E 409 F, E 410 F;
  - c) se establecen nuevos modelos para los formularios E 406 F, E 407 F y E 408 F.
2. Las autoridades competentes de los Estados miembros pondrán los nuevos modelos de formularios, según los modelos adjuntos a disposición de los interesados (derechohabientes, instituciones, empresarios, etc.).
3. Se deberá disponer de una versión de cada formulario en cada una de las lenguas oficiales de la Comunidad, y se deberá redactar de manera que las diferentes versiones sean totalmente coincidentes, con el fin de que cada destinatario (derechohabiente, institución, empresario, etc.) reciba el formulario en su propia lengua.

La presente Decisión entrará en vigor el primer día del mes siguiente a su publicación en el *Diario Oficial de las Comunidades Europeas*.

*El Presidente de la Comisión administrativa*  
E. Mc CUMISKEY

CERTIFICACIÓN RELATIVA A LA COMPOSICIÓN DE LA FAMILIA CON MIRAS A LA CONCESIÓN DE PRESTACIONES FAMILIARES

Reglamento 1408/71: artículo 73; artículo 74; artículo 77; artículo 78  
Reglamento 574/72: artículo 86.2; artículo 88; artículo 90; artículo 91; artículo 92

Se adjuntará a la solicitud dirigida a la institución competente para la concesión de prestaciones familiares.

1	<input type="checkbox"/> Trabajador por cuenta ajena	<input type="checkbox"/> Titular de pensión (trabajadores por cuenta ajena)
	<input type="checkbox"/> Trabajador por cuenta propia	<input type="checkbox"/> Titular de pensión (trabajadores por cuenta propia)
	<input type="checkbox"/> Persona que tiene el huérfano a su cargo	<input type="checkbox"/> Huérfano

  

1.1.	Apellido(s) (1 bis)		
1.2.	Nombre	Apellido de soltera (1 bis)	Lugar de nacimiento (1 ter)
1.3.	Fecha de nacimiento	Sexo	Nacionalidad
			D.N.I. (1 quater)
1.4.	Estado civil:	<input type="checkbox"/> soltero	<input type="checkbox"/> casado
		<input type="checkbox"/> divorciado	<input type="checkbox"/> separado
1.5.	Dirección en el país de residencia de los miembros de la familia:		Calle
	Código postal	Localidad	Pais

2	<input type="checkbox"/> Cónyuge	<input type="checkbox"/> Cónyuge divorciado o separado del trabajador o del titular de la pensión	<input type="checkbox"/> Padre o madre superviviente (1 quinquies)
---	----------------------------------	---	--

  

2.1.	Apellido(s) (1 bis)		
2.2.	Nombre	Apellido de soltera	Lugar de nacimiento (1 ter)
2.3.	Fecha de nacimiento	Sexo	Nacionalidad
			D.N.I. (1 quater)
2.4.	Ejercicio de una actividad profesional	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
2.5.	Dirección (?):	Calle	Nº
	Código postal	Localidad	Pais

3	Persona(s) distinta(s) del cónyuge en cuyo(s) hogar(es) vivan los miembros de la familia		
---	--	--	--

  

3.1.	Apellido(s) (1 bis)/Institución (persona jurídica)		
3.2.	Nombre	Apellido de soltera	Lugar de nacimiento (1 ter)
3.	Fecha de nacimiento	Sexo	Nacionalidad
			D.N.I. (1 quater)
3.4.	Relación de parentesco con el o los hijos	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
3.5.	Ejercicio de una actividad profesional:	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
3.6.	Dirección:	Calle	nº
	Código postal	Localidad	Pais

4 Miembros de la familia distintos del cónyuge

Apellidos (1 bis)	Nombres	Fecha de nacimiento	Parentesco (2)	Lugar de residencia (4)	Profesión
1. ....					
2. ....					
3. ....					
4. ....					
5. ....					
6. ....					
7. ....					
8. ....					
9. ....					
10. ....					

4.1 Observaciones .....

5 Esta información se dará únicamente si la información se dirige a las instituciones danesas

5.1. Persona que ejerce la patria potestad .....

5.2. El mantenimiento de los hijos  se paga  no se paga con fondos públicos

5.3. La madre o el padre de los niños  ha fallecido  no ha fallecido  
En caso afirmativo, fecha del fallecimiento .....

5.4. La madre o el padre de los niños  se beneficia  no se beneficia  
de una pensión de vejez o de invalidez

6 Certificación de la oficina encargada del registro civil de la administración competente (2)

La exactitud de la información citada anteriormente ha sido verificada en los documentos oficiales en nuestro poder.

6.1. Nombre y dirección de la oficina (2): .....

6.2. Sello

6.3. Fecha: .....

6.4. Firma .....

7 Nombre y dirección de la institución competente en materia de concesión de prestaciones familiares (la deberá cumplimentar dicha institución)

7.1. Denominación: .....

7.2. Dirección (2): .....

7.3. Número de referencia del expediente: .....

## INSTRUCCIONES

El formulario deberá cumplimentarse en caracteres de imprenta, utilizando únicamente las líneas de puntos. Deberá cumplimentarse en la lengua de la autoridad indicada en el recuadro 6. Se compone de 3 páginas; ninguna de ellas podrá suprimirse, incluso aunque no contenga ninguna mención útil.

## NOTAS

- (1) Sigla del país al que pertenece la institución que cumplimenta el formulario: B = Bélgica; DK = Dinamarca; D = República Federal de Alemania; GR = Grecia; E = España; F = Francia; IRL = Irlanda; I = Italia; L = Luxemburgo; NL = Países Bajos; P = Portugal; GB = Reino Unido.
- (1 bis) Para los nacionales españoles, indicar los dos apellidos.  
Para los nacionales portugueses, indicar todos los apellidos [nombre, apellido(s), apellido de soltera] en el orden del registro civil, tal y como aparecen en el documento de identidad o el pasaporte.
- (1 ter) Para las localidades portuguesas, indicar también la parroquia y el municipio.
- (1 quater) Para los nacionales españoles, indicar número del Documento Nacional de Identidad, si se posee, aunque esté caducado. En caso de que no se posea, indicar expresamente: «ninguno».
- (1 quinquies) Salvo si se menciona en el recuadro 1.
- (2) Calle, número, código postal, localidad, país.
- (3) Indicar el parentesco de cada miembro de la familia con el trabajador, por medio de las abreviaturas siguientes:  
A = hijo legítimo. En España, hijo nacido del matrimonio (matrimonial) e hijo nacido fuera del matrimonio (no matrimonial).  
B = hijo legitimado.  
C = hijo adoptivo.  
D = hijo natural (cuando la declaración se cumplimente en nombre del trabajador masculino, no se deberán mencionar los hijos naturales más que cuando la paternidad o la obligación de alimentos del trabajador ha sido reconocida oficialmente).  
E = hijo del cónyuge, que pertenece a la familia del trabajador.  
F = nietos, hermanos y hermanas que el interesado haya acogido en su casa. También los sobrinos y sobrinas hasta el 3er grado de parentesco, si la institución competente fuere una institución griega.  
G = otros niños que dependen permanentemente del matrimonio en ple de igualdad con los hijos del trabajador (niños recogidos).  
Los demás parentescos (por ejemplo: abuelo) deberán indicarse con todas sus letras. Si un hijo está casado, divorciado o es viudo, indicarlo en el punto 4.1. También si un hijo fuese huérfano de padre o madre si va dirigida la información a las instituciones griegas.
- (4) Si uno de los hijos no tiene la misma dirección que la indicada en 1.5, 2.5, o 3.6 indicar dicha dirección el siguiente recuadro:

Apellido(s) y nombre:	.....
Dirección (2):	.....
	.....

- (5) En España, la Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social del lugar de residencia o la Autoridad Municipal, en su caso.  
En Francia, el ayuntamiento o la Caja de subsidios familiares;  
en Irlanda, el «Department of Social Welfare» (Ministerio de Previsión Social) — Dublin;  
en Portugal, la «Junta de Freguesia» (Consejo de parroquia) del lugar de residencia de los miembros de la familia;  
en el Reino Unido, el «Department of Health and Social Security, Overseas Branch» (Ministerio de Sanidad y Seguridad Social, Servicio Internacional), Newcastle-upon-Tyne, o el «Ministry of Health and Social Services, Overseas Branch» (Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales, Servicio Internacional), Belfast, según proceda.

CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ESCOLAR PARA LA CONCESIÓN DE PRESTACIONES  
FAMILIARES

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

A. Solicitud de certificación

La deberá cumplimentar la institución competente para la concesión de las prestaciones familiares. Si el formulario va dirigido a una institución belga, se deberá adjuntar el formulario E 402 anexo.

1	Solicitante de prestaciones familiares				
	<input type="checkbox"/>	Trabajador por cuenta ajena		<input type="checkbox"/>	Titular de pensión (régimen de trabajadores por cuenta ajena)
	<input type="checkbox"/>	Trabajador por cuenta propia		<input type="checkbox"/>	Titular de pensión (régimen de trabajadores por cuenta propia)
	<input type="checkbox"/>	Persona que las reclama en virtud de otro derecho		<input type="checkbox"/>	Huérfano
1.1. Apellido(s) (1 bis) .....					
1.2. Nombre ..... Apellido de soltera (1 bis) ..... Lugar de nacimiento (1 ter) .....					
1.3. Fecha de nacimiento ..... Sexo ..... Nacionalidad ..... D.N.I. (1 quater) .....					
1.4. Dirección (?): .....					

2	Alumno o estudiante				
2.1. Apellido(s) (1 bis) .....					
2.2. Nombre ..... Apellido de soltera .....					
2.3. Lugar de nacimiento (1 ter) ..... Fecha de nacimiento ..... Sexo .....					
2.4. Dirección (?): .....					

3	Institución competente para la concesión de las prestaciones familiares				
3.1. Denominación: .....					
3.2. Dirección (?): .....					
3.3. Número de referencia del expediente: .....					
3.4. Sello					
3.5. Fecha: .....					
3.6. Firma .....					

## B. Certificación

La deberá cumplimentar el centro (escuela o centro de enseñanza superior o universitaria) y se deberá enviar a la institución indicada en el recuadro 3.

4

- 4.1. La persona indicada en el recuadro 2 frecuenta el centro de enseñanza mencionado a continuación desde el .....
- 4.2. Clase de escuela (3): .....
- 4.3. La enseñanza en este centro se prolongará probablemente hasta el .....
- 4.4. La enseñanza comprende ..... horas lectivas por semana.  
Estas horas se reparten en ..... medias jornadas (4).

5

Recuadro que sólo se deberá cumplimentar si la información se dirige a instituciones francesas o luxemburguesas

- 5.1. La persona indicada en el recuadro 2 realiza estudios, en el centro anteriormente citado:
- de tipo general  de tipo técnico o profesional  
 superiores o universitarios  otros (especificar)
- 5.2. Casos particulares (especificar):
- curso por correspondencia  curso nocturno  
 curso de duración semanal inferior a 20 horas  
 período escolar inferior al curso escolar del ..... al .....
- otros: .....

6

Escuela o Centro de Enseñanza Superior o Universitaria

- 6.1. Denominación: .....
- 6.2. Dirección (3): .....
- 6.3. Sello .....
- 6.4. Fecha: .....
- 6.5. Firma .....

## INSTRUCCIONES

El formulario deberá cumplimentarse en caracteres de imprenta, utilizando únicamente las líneas de puntos. Deberá cumplimentarse en la lengua del centro indicado en el recuadro 6

## NOTAS

- (1) Sigla del país al que pertenece la institución que cumplimenta la parte A del formulario: B = Bélgica; DK = Dinamarca; D = República Federal de Alemania; GR = Grecia; E = España; F = Francia; IRL = Irlanda; I = Italia; L = Luxemburgo; NL = Países Bajos; P = Portugal; GB = Reino Unido.
- (1 bis) Para los nacionales españoles, indicar los dos apellidos.  
Para los nacionales portugueses, indicar todos los apellidos [apellido(s), nombre, apellido de soltera] en el orden del registro civil, tal y como aparecen en el documento de identidad o el pasaporte.
- (1 ter) Para las localidades portuguesas, indicar también la parroquia y el municipio.
- (1 quater) Para los nacionales españoles, indicar igualmente número del documento nacional de identidad, si se posee, aunque esté caducado. En caso de que no se posea, indicar «ninguno».
- (2) Calle, número, código postal, localidad, país.
- (3) Indicar si se trata de una escuela pública, de un colegio privado, o de una escuela colocada bajo el control del Estado. Se cumplimentará únicamente cuando la institución indicada en el recuadro 3 sea una institución del Reino Unido o de la República Federal de Alemania.
- (4) A cumplimentar si el formulario va dirigido a una institución belga; la indicación del número de medias-jornadas se dará cuando se trate de enseñanza escolar primaria o secundaria.

E 402 anexo

(1)

Cumplimentese cuando la solicitud de prestaciones familiares deba presentarse en una institución belga.

<b>1</b>	<b>Enseñanza impartida en el centro (distinto de los de enseñanza superior o universitaria)</b>	
1.1.	¿En cuántas medias-jornadas y en cuántas horas semanales se reparten los cursos? medias-jornadas ..... horas .....	
1.2.	Las clases <input type="checkbox"/> se imparten <input type="checkbox"/> no se imparten antes de las 19 horas	
1.3.	El alumno <input type="checkbox"/> asiste regularmente <input type="checkbox"/> no asiste regularmente a las clases	
	En caso negativo, indicar el número de días de ausencia y el motivo: .....	
1.4.	Los cursos mencionados en el punto 1.1 anterior	
a)	<input type="checkbox"/> incluyen <input type="checkbox"/> no incluyen	
	las horas de prácticas necesarias para la obtención de un diploma oficial. En caso afirmativo, indicar los salarios o las indemnizaciones mensuales netas concedidas .....	
b)	<input type="checkbox"/> incluyen <input type="checkbox"/> no incluyen	
	las horas dedicadas a ejercicios prácticos en el centro En caso afirmativo, indicar el número de horas por semana: .....	
c)	<input type="checkbox"/> incluyen <input type="checkbox"/> no incluyen	
	las horas dedicadas a estudiar en el centro. En caso afirmativo, indicar el número de horas por semana. ....	
1.5.	Clases de enseñanza	
	<input type="checkbox"/> Formación general <input type="checkbox"/> Enseñanza técnica <input type="checkbox"/> Enseñanza artística	
1.6.	El programa	
	<input type="checkbox"/> está <input type="checkbox"/> no está reconocido por el Estado	
	<input type="checkbox"/> corresponde <input type="checkbox"/> no corresponde a un programa reconocido por el Estado	
1.7.	Indicar los períodos de vacaciones	
	— Vacaciones de Navidad: del ..... al .....	
	— Vacaciones de Pascua: del ..... al .....	
	— Vacaciones de verano: del ..... al .....	

<b>2</b>	<b>Enseñanza impartida en el centro de enseñanza superior o universitaria.</b>	
2.1.	<input type="checkbox"/> se trata <input type="checkbox"/> no se trata de un programa de estudios de jornada completa	
	<input type="checkbox"/> se trata <input type="checkbox"/> no se trata de un programa que conste como mínimo de 13 horas.	
	de clase por semana, elaborado por el estudiante con autorización de la autoridad académica o de la autoridad de la escuela	
2.2.	Las clases <input type="checkbox"/> se imparten <input type="checkbox"/> no se imparten antes de las 19 horas	
2.3.	Los cursos mencionados en el punto 2.1	
	<input type="checkbox"/> incluyen <input type="checkbox"/> no incluyen	
	las horas de prácticas necesarias para la obtención de un título académico o de un diploma. En caso afirmativo indicar los salarios o las indemnizaciones mensuales netas concedidas: .....	
2.4.	El estudiante <input type="checkbox"/> prepara <input type="checkbox"/> no prepara	
	una tesina de fin de estudios En caso afirmativo	
	— ¿desde qué fecha? .....	
	— ¿en qué fecha deberá presentar la tesina? .....	
2.5.	El programa	
	<input type="checkbox"/> está <input type="checkbox"/> no está reconocido por el Estado	
	<input type="checkbox"/> corresponde <input type="checkbox"/> no corresponde a un programa reconocido por el Estado.	
2.6.	Indicar los períodos de vacaciones	
	— Vacaciones de Navidad: del ..... al .....	
	— Vacaciones de Pascua: del ..... al .....	
	— Vacaciones de verano: del ..... al .....	



3	Escuela o Centro de Enseñanza Superior o Universitaria
3.1.	Denominación: .....
3.2.	Dirección (2): .....
3.3.	Sello
3.4.	Fecha: .....
3.5.	Firma .....

**CERTIFICACIÓN DE APRENDIZAJE O DE ESTUDIOS DE FORMACIÓN PROFESIONAL  
PARA LA CONCESIÓN DE PRESTACIONES FAMILIARES**

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

**A. Solicitud de certificación**

La deberá cumplimentar la institución competente para la concesión de las prestaciones familiares. Si el formulario va dirigido a una institución francesa, se deberá cumplimentar, si se trata de formación profesional, un formulario E 403 anexo.

<b>1</b>	Solicitante de prestaciones familiares			
	<input type="checkbox"/> Trabajador por cuenta ajena	<input type="checkbox"/> Titular de pensión (régimen de trabajadores por cuenta ajena)		
	<input type="checkbox"/> Trabajador por cuenta propia	<input type="checkbox"/> Titular de pensión (régimen de trabajadores por cuenta propia)		
	<input type="checkbox"/> Persona que las reclama en virtud de otro derecho	<input type="checkbox"/> Huérfano		
1.1. Apellido(s) (1 bis) .....				
1.2. Nombre .....		Apellido de soltera (1 bis) .....		Lugar de nacimiento (1 ter) .....
1.3. Fecha de nacimiento .....	Sexo .....	Nationalidad .....		D.N.I. (1 quater) .....
1.4. Dirección (?): .....				

<b>2</b>	<input type="checkbox"/> Aprendiz		<input type="checkbox"/> Estudios de formación profesional (2 bis)		
	2.1. Apellidos (1 bis) .....				
	2.2. Nombre .....		Apellido de soltera .....		
	2.3. Lugar de nacimiento (1 ter) .....	Fecha de nacimiento .....	Sexo .....		
	2.4. Dirección (?): .....				

<b>3</b>	Institución competente para la concesión de prestaciones familiares			
	3.1. Denominación: .....			
	3.2. Dirección (?): .....			
	3.3. Número de referencia del expediente .....			
	3.4. Sello .....		3.5. Fecha: .....	
			3.6. Firma .....	

**B. Certificación**

La deberá cumplimentar la persona, la empresa o la institución encargada del aprendizaje y se deberá enviar al organismo encargado del control del aprendizaje, que deberá hacerla llegar a la institución mencionada en el recuadro 3.

**4** Información relativa al aprendizaje.

4.1. El aprendiz mencionado en la página precedente nos ha sido confiado desde el: ..... para su formación en el oficio de .....

4.2. El aprendizaje tiene lugar:  ..... días por semana  ..... horas por semana y se prolongará hasta el: .....

4.3. El aprendiz  recibe

- una subvención por aprendizaje o un salario  neto  bruto
- semanal  mensual de .....
- otras prestaciones (3)  pensión completa  pensión parcial
- vivienda  ..... comidas al día  otras (4)
- propinas

del ..... al ..... alcanzando la cantidad de: .....

no recibe  subvención por aprendizaje, ni salario  otras prestaciones

4.4. Lugar de trabajo: .....

4.5. Nombre de la persona, de la empresa o de la institución encargada del aprendizaje. ....

4.6. Dirección (2): .....

4.7. Sello

4.8. Fecha: .....

4.9. Firma .....

**5** Visto bueno del organismo encargado del control del aprendizaje (2)

5.1. Denominación: .....

5.2. Dirección (2): .....

5.3. Sello

5.4. Fecha: .....

5.5. Firma .....

INSTRUCCIONES

El formulario deberá cumplimentarse en caracteres de imprenta, utilizando únicamente las líneas de puntos. Consta de 3 páginas; no podrá suprimirse ninguna de ellas, aunque no contenga ninguna información útil. Este formulario se cumplimentará en la lengua del organismo mencionado en el recuadro 5.

NOTAS

- (1) Sigla del país al que pertenece la institución que cumplimenta la parte A del formulario: B = Bélgica; DK = Dinamarca; D = República Federal de Alemania; GR = Grecia; E = España; F = Francia; IRL = Irlanda; I = Italia; L = Luxemburgo; NL = Países Bajos; P = Portugal; GB = Reino Unido.
- (1 bis) Para los nacionales españoles, indicar los dos apellidos.  
Para los nacionales portugueses, indicar todos los apellidos [nombre, apellido(s), apellido de soltera] en el orden del registro civil, tal como aparecen en el documento de identidad o el pasaporte.
- (1 ter) Para las localidades portuguesas, indicar también la parroquia y el municipio.
- (1 quater) Para los nacionales españoles, indicar igualmente número del documento nacional de identidad, si se posee, aunque esté caducado. En caso de que no se posea, indicar expresamente: «ninguno».
- (2) Calle, número, código postal, localidad, país.
- (2 bis) Si se trata de estudios de formación profesional, se deberá cumplimentar el formulario E 403 adjunto, si se dirige la información a instituciones francesas.
- (3) Cuando el formulario vaya dirigido a una institución del Reino Unido, detallar la cuantía de estas prestaciones en el siguiente recuadro :

Vivienda: .....	Otras prestaciones: .....
Pensión completa: .....	
Pensión parcial: .....	
Propinas: .....	
Comidas: .....	

(4) En su caso, especificar estas «otras prestaciones» en el siguiente recuadro:

.....

.....

.....

.....

- (5) Este recuadro se cumplimentará:
  - en Irlanda, por el «Department of Social Welfare» (Ministerio de Previsión Social), en Dublín, en los casos en que el control del aprendizaje no sea competencia del Industrial Training Authority;
  - en Italia, por la «Ufficio provinciale del lavoro e della massima occupazione» (Oficina provincial de trabajo y de pleno empleo);
  - en el Reino Unido, por el «Department of Social Security, Overseas Branch» (Ministerio de Sanidad y Seguridad Social, Servicio internacional), Newcastle-upon-Tyne o por el «Dept. of Health and Social Services, overseas Branch» (Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales, Servicio Internacional), Belfast, según proceda.
- (6) De acuerdo con la legislación francesa se trata de los programas de formación previa y de preparación a la vida profesional que tengan por objeto permitir que toda persona que carezca de cualificaciones profesionales y de contrato de trabajo, acceda a un nivel que le permita realizar un cursillo de formación profesional propiamente dicho o incorporarse directamente a la vida profesional.
- (7) Indicar el importe percibido en la moneda del Estado miembro en cuyo territorio se lleve a cabo la formación profesional.
- (8) En caso de que exista dicho organismo en el Estado miembro en cuyo territorio se lleve a cabo la formación profesional.

**E 403 Anexo**

(?)

Se deberá cumplimentar en caso en que la solicitud de prestaciones familiares se deba remitir a una institución francesa y si se refiere a estudios de formación profesional (6).

<b>1</b>	<b>Información sobre la formación profesional (6)</b>
1.1.	La persona mencionada en el recuadro 2 del formulario E 403 <input type="checkbox"/> realiza estudios de formación profesional desde el ..... <input type="checkbox"/> realizó estudios de formación profesional del ..... al .....
1.2.	Tiene un contrato de trabajo para esta formación? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no
1.3.	Tipo de formación .....
1.4.	Duración total de la formación ..... (meses, semanas)
1.5.	Número de horas de formación • parte teórica <input type="checkbox"/> ..... por semana, <input type="checkbox"/> ..... al mes • cursos prácticos <input type="checkbox"/> ..... por semana, <input type="checkbox"/> ..... al mes
1.6.	¿Recibe una remuneración durante la formación? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no En caso afirmativo, tipo de remuneración ..... importe mensual neto (?) .....
1.7.	Lugar donde se imparte la formación .....
1.8.	Nombre de la persona, de la empresa o de la institución encargada de la formación profesional .....
1.9.	Dirección (7): .....
1.10.	Sello .....
	1.11. Fecha .....
	1.12. Firma .....

<b>2</b>	<b>Visto bueno del organismo encargado del control de la formación profesional (6)</b>
2.1.	Denominación .....
2.2.	Dirección (7) .....
2.3.	Sello .....
	2.4. Fecha .....
	2.5. Firma .....

CERTIFICACIÓN MÉDICA PARA LA CONCESIÓN DE PRESTACIONES FAMILIARES

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

A. Solicitud de certificación

La deberá cumplimentar la institución competente para la concesión de las prestaciones familiares.

1	Solicitante de prestaciones familiares		<input type="checkbox"/>	Titular de pensión (rég. de trabajadores por cuenta ajena)
	<input type="checkbox"/> Trabajador por cuenta ajena	<input type="checkbox"/> Trabajador por cuenta propia	<input type="checkbox"/>	Titular de pensión (rég. de trabajadores por cuenta propia)
	<input type="checkbox"/> Persona que las reclama en virtud de otro derecho		<input type="checkbox"/>	Huérfano
1.1.	Apellido(s) (1 bis) .....			
1.2.	Nombres .....	Apellido de soltera (1 bis) .....	Lugar de nacimiento (1 ter) .....	
1.3.	Fecha de nacimiento .....	Sexo .....	Nacionalidad .....	D.N.I. (1 quater) .....
1.4.	Dirección (?): .....			

2	Alumno o estudiante			
2.1.	Apellido(s) (1 bis) .....			
2.2.	Nombre .....			
2.3.	Lugar de nacimiento (1 ter) .....	Fecha de nacimiento .....	Sexo .....	
2.4.	Dirección (?): .....			

3	Institución competente para la concesión de las prestaciones familiares			
3.1.	Denominación: .....			
3.2.	Dirección (?): .....			
3.3.	Número de referencia del expediente: .....			
3.4.	Sello .....			
		3.5.	Fecha: .....	
		3.6.	Firma .....	



## INSTRUCCIONES

El formulario deberá cumplimentarse en caracteres de imprenta, utilizando únicamente las líneas de puntos. Se compone de 3 páginas; ninguna de ellas podrá suprimirse, incluso aunque no contenga ninguna mención útil. Deberá cumplimentarse en el idioma del médico que expide el certificado.

## NOTAS

- (<sup>1</sup>) Sigla del país al que pertenece la institución que cumplimenta la parte A del formulario: B = Bélgica; DK = Dinamarca; D = República Federal de Alemania; GR = Grecia; E = España; F = Francia; IRL = Irlanda; I = Italia; L = Luxemburgo; NL = Países Bajos; P = Portugal; GB = Reino Unido.
- (<sup>1 bis</sup>) Para los nacionales españoles, indicar los dos apellidos.  
Para los nacionales portugueses, indicar todos los apellidos (apellidos, nombre, apellido de soltera) en el orden del registro civil, tal como aparecen en el documento de identidad o el pasaporte.
- (<sup>1 ter</sup>) Para las localidades portuguesas, indicar también la parroquia y el municipio.
- (<sup>1 quater</sup>) Para los nacionales españoles, indicar número del documento nacional de identidad, si se posee, aunque esté caducado. En caso de que no se posea, indicar «ninguno».
- (<sup>2</sup>) Calle, número, código postal, localidad, país.
- (<sup>3</sup>) O el médico de la Caja designado por el organismo de enlace.
-



**CERTIFICACIÓN RELATIVA A LA TOTALIDAD DE PERÍODOS DE SEGURO, DE EMPLEO O DE ACTIVIDAD POR CUENTA PROPIA. O EN EL CASO DE OCUPACIONES SUCESIVAS EN VARIOS ESTADOS MIEMBROS ENTRE LOS PLAZOS DE PAGO PREVISTOS POR LA LEGISLACIÓN DE DICHS ESTADOS**

Reglamento 1408/71: artículo 12; artículo 72  
Reglamento 574/72: artículo 10 bis; artículo 85, 2 y 3

Esta certificación será expedida a petición del interesado. En su caso, la institución competente se dirigirá para obtenerla a la última institución a la que el asegurado haya estado anteriormente afiliado.

**A. La deberá cumplimentar la institución competente para la concesión de prestaciones familiares de la que depende el asegurado.**

1  Trabajador por cuenta ajena  Trabajador por cuenta propia  Desempleado

1.1. Apellido(s) (1 bis) .....

1.2. Nombre ..... Apellido de soltera (1 bis) ..... Lugar de nacimiento (1 ter) .....

1.3. Fecha de nacimiento ..... Sexo ..... Nacionalidad ..... D.N.I. (1 quater) .....

1.4. Estado civil  soltero  casado  viudo  
 divorciado  separado

1.5. Dirección (?): .....

2 Persona que deberá cobrar las prestaciones familiares

2.1. Apellido(s) (1 bis) .....

2.2. Nombre ..... Apellido de soltera ..... Lugar de nacimiento (1 ter) .....

2.3. Fecha de nacimiento ..... Sexo ..... Nacionalidad ..... D.N.I. (1 quater) .....

2.4. Dirección (?): .....

3 Período sobre el que solicita información

3.1. Del ..... al .....

3.2. Nombre y dirección del empresario (2 bis): .....

3.3. Tipo de la actividad por cuenta propia (2 bis): .....

4 Institución de la que dependía anteriormente el asegurado en virtud de una actividad por cuenta ajena o por cuenta propia

4.1. Denominación: .....

4.2. Dirección (?): .....

5 Institución del lugar de residencia de los miembros de la familia

5.1. Denominación: .....

5.2. Dirección (?): .....

<b>6</b>	Institución de la que depende actualmente el asegurado
6.1. Denominación:	.....
6.2. Dirección (2):	..... .....
6.3. Número de referencia del expediente:	.....
6.4. Sello	
	6.5. Fecha: .....
	6.6. Firma .....
	.....

**B. La deberá cumplimentar la institución competente para la concesión de las prestaciones familiares de la que dependía anteriormente el asegurado.**

<b>7</b>	
7.1. Certificamos que el trabajador indicado en el recuadro 1	
7.2. ha estado asegurado del .....	al ..... (3) .....
7.3. en (4) .....	
7.4. <input type="checkbox"/> tiene derecho	<input type="checkbox"/> no tiene derecho a prestaciones familiares.
7.5. Le han sido abonadas prestaciones familiares	
del .....	al .....

<b>8</b>	Institución de la que dependía anteriormente el asegurado en virtud de una actividad por cuenta ajena o por cuenta propia
8.1. Denominación:	.....
8.2. Dirección (2):	..... .....
8.3. Sello	
	8.4. Fecha: .....
	8.5. Firma .....
	.....

INSTRUCCIONES

El formulario se deberá cumplimentar con caracteres de imprenta, utilizando únicamente las líneas de puntos. Se compone de 3 páginas: no se podrá suprimir ninguna de ellas, incluso aunque no contenga ninguna mención útil.

NOTAS

- (1) Sigla del país al que pertenece la institución que cumplimenta la parte A del formulario: B = Bélgica; DK = Dinamarca; D = República Federal de Alemania; GR = Grecia; E = España; F = Francia; IRL = Irlanda; I = Italia; L = Luxemburgo; NL = Países Bajos; P = Portugal; GB = Reino Unido.
- (1 bis) Para los nacionales españoles, indicar los dos apellidos.  
Para los nacionales portugueses, indicar todos los apellidos (nombre, apellido(s), apellido de soltera) en el orden del registro civil, tal como aparecen en el documento de identidad o el pasaporte.
- (1 ter) Para las localidades portuguesas, indicar también la parroquia y el municipio.
- (1 quater) Para los nacionales españoles, indicar igualmente número del Documento Nacional de Identidad, si se posee, aunque esté caducado. En caso de que no se posea, indicar expresamente: «ninguno».
- (2) Calle, número, código postal, localidad, país.
- (2 bis) Para el período anterior al traslado del trabajador al Estado miembro de cuya legislación dependa en la actualidad.
- (3) a) Si se dirige a las instituciones griegas, indicar el número de días de trabajo cubiertos durante el año civil anterior a aquél en que se solicitan las prestaciones familiares.  
b) Si se dirige a las instituciones belgas, indicar el número de días de trabajo por cuenta ajena o por cuenta propia, en el recuadro siguiente:

número de días de trabajo por cuenta ajena:	.....
número de días de trabajo por cuenta propia:	.....

c) Si se dirige a las instituciones francesas, indicar en el recuadro siguiente el número de días y de horas de trabajo por cuenta ajena, así como el salario bruto percibido:

	Número de días de trabajo por cuenta ajena	Número de horas de trabajo por cuenta propia	Salario bruto percibido
Durante el último mes			
Durante los tres últimos meses			
Durante los seis últimos meses			

(4) País en el que se ha ejercido la actividad considerada.

CERTIFICACIÓN DE REALIZACIÓN DE EXÁMENES MÉDICOS POSNATALES

Reglamento 1408/71: artículo 73; artículo 74  
Reglamento 574/72: artículo 86; artículo 88

Indicaciones dirigidas al asegurado

Para tener derecho a las prestaciones familiares francesas en virtud de los artículos 73 y 74, el niño deberá someterse a exámenes médicos posnatales obligatorios. Uno de ellos se deberá realizar a la edad de nueve o diez meses y el otro a la edad de veinticuatro o veinticinco meses. En caso de no cumplirse esta obligación y los plazos mencionados se perderán parte de los derechos.

A. Solicitud de certificación

La deberá cumplimentar la institución competente para la concesión de prestaciones familiares.

1	<input type="checkbox"/> Trabajador por cuenta ajena	<input type="checkbox"/> Trabajador por cuenta propia	
1.1.	Apellido(s) (1 bis)		
1.2.	Nombre	Apellido de soltera (1 bis)	Lugar de nacimiento (1 ter)
1.3.	Fecha de nacimiento	Sexo	Nacionalidad
			D.N.I. (1 quater)
1.4.	Dirección (?):		

2	Hijo al que se refiere la certificación		
2.1	Apellido(s) (1 bis)		
2.2	Nombre		
2.3	Lugar de nacimiento (1 ter)	Fecha de nacimiento	Sexo
2.4	Dirección (?)		

3	Institución competente para la concesión de prestaciones familiares		
3.1	Denominación		
3.2	Dirección (?):		
3.3	Número de referencia del expediente		
3.4	Sello		
		3.5. Fecha:	
		3.6. Firma	

**B. Certificación**

La deberá cumplimentar el médico de cabecera del niño o el médico elegido por la persona que tiene la custodia.

4	4.1 El niño mencionado en el recuadro 2 fue sometido el: ..... 4.2 <input type="checkbox"/> a un examen médico a la edad de 9 o 10 meses 4.3 <input type="checkbox"/> a un examen médico a la edad de 24 o 25 meses
---	---

5	5.1 Apellidos y nombre del médico: ..... 5.2 Dirección (?): ..... <div style="text-align: right;">           5.3 Fecha: .....            5.4 Firma: .....         </div>
---	--

**INSTRUCCIONES**

El formulario deberá cumplimentarse en caracteres de imprenta, utilizando únicamente las líneas de puntos.

**NOTAS**

- (1) Sigla del país a cuya legislación está sometido el trabajador. F = Francia.
- (1 bis) Para los nacionales españoles, indicar los dos apellidos.  
Para los nacionales portugueses, indicar todos los apellidos (nombre, apellidos, apellido de soltera) en el orden del registro civil, tal como aparecen en el documento de identidad o el pasaporte.
- (1 ter) Para las localidades portuguesas, indicar también la parroquia y el municipio.
- (1 quater) Para los nacionales españoles, indicar el número del documento nacional de identidad, si se posee, aunque esté caducado. En caso de que no se posea, indicar «ninguno».
- (?) Calle, número, código postal, localidad, país.

E 407

F

(1)

CERTIFICADO MÉDICO PARA LA CONCESIÓN DEL SUBSIDIO DE EDUCACIÓN ESPECIAL

Reglamento 1408/71: artículo 73; artículo 74  
Reglamento 574/72: artículo 86; artículo 88

A. Solicitud de certificación

La deberá cumplimentar la institución competente para la concesión de prestaciones familiares

1	<input type="checkbox"/> Trabajador por cuenta ajena	<input type="checkbox"/> Trabajador por cuenta propia		
1.1.	Apellidos (1 bis)			
1.2.	Nombre	Nombre de soltera (1 bis)	Lugar de nacimiento (1 ter)	
1.3.	Fecha de nacimiento	Sexo	Nacionalidad	D.N.I. (1 quater)
1.4.	Dirección (2):			

2	Niño al que se refiere el certificado médico		
2.1.	Apellidos (1 bis)		
2.2.	Nombre		
2.3.	Lugar de nacimiento (1 ter)	Fecha de nacimiento	Sexo
2.4.	Dirección (2):		

3	Institución competente para la concesión de prestaciones familiares		
3.1.	Denominación:		
3.2.	Dirección (2):		
3.3.	Número de referencia del expediente:		
3.4.	Sello		
		3.5.	Fecha:
		3.6.	Firma

## B. Certificación

La deberá cumplimentar el médico designado por la institución del lugar de residencia del niño examinado, y se deberá enviar a la institución mencionada en el recuadro 3. Se adjuntará toda la documentación médica reciente que sirva como justificante (fotografías, radiografías, resultados de exámenes médicos, etc.).

4

4.1. Edad del niño cuando se realizó el examen: ..... años ..... meses  
 Peso: ..... kilos ..... gramos. Estatura ..... centímetros

4.2. Retraso psicomotor  
 Retraso respecto al nivel normal de su edad:  sí  no  
 En caso afirmativo, especificar: .....

4.3. Autonomía  
 El niño: ¿se sienta?  sí  no; ¿camina?  sí  no  
 ¿habla?  sí  no; ¿se viste solo?  sí  no  
 ¿come solo?  sí  no

4.4. Asistencia  
 ¿El estado del niño hace precisa la ayuda de un tercero?  sí  no  
 ¿esta ayuda es constante?  sí  no; ¿diaria pero discontinua?  sí  no  
 o bien ¿es preciso tomar otras medidas? .....  
 (especificar) .....

4.5. Tipo de minusvalía principal  
 La minusvalía del niño es de tipo:  
 sensorial visual .....  
 auditiva .....  
 motor .....  
 mental: nivel mental .....  
 comportamiento .....  
 otros .....

4.6. Minusvalías asociadas  
 ¿Cuales? .....  
 Otras deficiencias .....

4.7. Otras observaciones  
 Minusvalías en la familia: .....  
 Exámenes complementarios anteriormente realizados .....  
 (en su caso, adjuntar copias de resultados)

4.8. Tratamiento, incluidas reeducación y readaptación. ¿Qué tratamientos se aplican?  
 .....  
 ¿Desde qué fecha? .....  
 ¿Qué medidas se aplican? .....

4.9. Medidas de educación y orientación  
 ¿Qué medidas se aplican? .....  
 .....  
 ¿Desde qué fecha? .....  
 ¿Qué medidas se aconsejan? .....

4.10. Perspectivas de evolución  
 Especifíquense .....

5

5.1. Apellidos y nombre del médico: .....

5.2. Dirección (?): .....

5.3. Fecha: .....

5.4. Firma .....

## INSTRUCCIONES

El formulario se deberá cumplimentar con caracteres de imprenta, utilizando únicamente las líneas de puntos. Se compone de 3 páginas: no se podrá suprimir ninguna de ellas, incluso aunque no contenga ninguna mención útil. Deberá cumplimentarse en el idioma del médico que expide el certificado.

## NOTAS

- (1) Sigla del país a cuya legislación está sometido el trabajador: F = Francia.
- (1 bis) Para los nacionales españoles, indicar los dos apellidos.  
Para los nacionales portugueses, indicar todos los apellidos (nombre, apellidos, apellido de soltera) en el orden del registro civil, tal como aparecen en el documento de identidad o el pasaporte.
- (1 ter) Para las localidades portuguesas, indicar también la parroquia y el municipio.
- (1 quater) Para los nacionales españoles, indicar el número del documento nacional de identidad, si se posee, aunque esté caducado. En caso de que no se posea, indicar «ninguno».
- (2) Calle, número, código postal, localidad, país.
-



CERTIFICADO DEL PAGO DE SUBSIDIOS FAMILIARES EN VIRTUD DE LOS ANTIGUOS ARTÍCULOS 73.2 Y 74.2

Reglamento 1408/71: artículo 73; artículo 74  
Reglamento 574/72: artículo 86; artículo 88

A. Solicitud de certificación

La deberá cumplimentar la institución competente para la concesión de prestaciones familiares.

1	Trabajador por cuenta ajena que solicita prestaciones familiares francesas			
1.1.	Apellido(s) (1 bis) .....			
1.2.	Nombre .....	Apellido de soltera (1 bis) .....	Lugar de nacimiento (1 ter) .....	
1.3.	Fecha de nacimiento .....	Sexo .....	Nacionalidad .....	D.N.I. (1 quater) .....
1.4.	Estado civil	<input type="checkbox"/> soltero	<input type="checkbox"/> casado	<input type="checkbox"/> viudo
		<input type="checkbox"/> divorciado	<input type="checkbox"/> separado	
1.5.	Dirección (?): .....			

2	Cónyuge			
2.1.	Apellido(s) (1 bis) .....			
2.2.	Nombre .....	Apellido de soltera .....	Lugar de nacimiento (1 ter) .....	
2.3.	Fecha de nacimiento .....	Sexo .....	Nacionalidad .....	D.N.I. (1 quater) .....
2.4.	Profesión ejercida en la actualidad: .....			
2.5.	Dirección (?): .....			

3	Dirección(es) sucesiva(s) de los miembros de la familia en el período que se certifica			
3.1.	Período del .....	al .....	Dirección: .....	
3.2.	Período del .....	al .....	Dirección: .....	
3.3.	Período del .....	al .....	Dirección: .....	
3.4.	Período del .....	al .....	Dirección: .....	

4	Institución(es) del lugar de residencia de los miembros de la familia			
4.1.	Denominación .....	Dirección: .....		
4.2.	Denominación .....	Dirección: .....		
4.3.	Denominación .....	Dirección: .....		

<b>5</b>	<b>Solicitud de certificación</b>	
5.1. Certificación de los subsidios familiares pagados a que tenía derecho el trabajador citado en el recuadro 1 en virtud de los antiguos artículos 73.2 y 74.2, en los períodos siguientes:		
5.2. <input type="checkbox"/> año 1986	5.3. <input type="checkbox"/> año 1987	5.4. <input type="checkbox"/> año 1988
5.5. <input type="checkbox"/> año 1989	5.6. <input type="checkbox"/> año 1990 (de enero a marzo)	

<b>6</b>	<b>Institución francesa competente para la concesión de prestaciones familiares</b>
6.1. Denominación:	.....
6.2. Dirección (?):	.....
6.3. Numero de referencia del expediente:	.....
6.4. Sello	
	6.5. Fecha: .....
	6.6. Firma .....
	.....

**B. Certificación del pago de subsidios familiares en virtud de los antiguos artículos 73.2 y 74.2**

La deberá cumplimentar la institución del lugar de residencia de los miembros de la familia que haya pagado subsidios familiares durante el período que se certifica.

7 Miembros de la familia que han recibido subsidios familiares en el país de residencia					
Apellidos (1 bis)	Nombre	Fecha de nacimiento	Relación de parentesco (2)	Lugar de residencia	Profesión
1. ....	.....	.....	.....	.....	.....
2. ....	.....	.....	.....	.....	.....
3. ....	.....	.....	.....	.....	.....
4. ....	.....	.....	.....	.....	.....
5. ....	.....	.....	.....	.....	.....

8 Certificación	
8.1.	Se pagarán los siguientes subsidios familiares a que tenía derecho el trabajador citado en el recuadro 1 en los periodos y cantidades siguientes (2)
8.2.	<input type="checkbox"/> año 1986: .....
8.3.	<input type="checkbox"/> año 1987: .....
8.4.	<input type="checkbox"/> año 1988: .....
8.5.	<input type="checkbox"/> año 1989: .....
8.6.	<input type="checkbox"/> año 1990 (de enero a marzo): .....
8.7.	Observaciones: .....

9 Institución del lugar de residencia de los miembros de la familia	
9.1.	Denominación: .....
9.2.	Dirección (2): .....
9.3.	Sello
9.4.	Fecha: .....
9.5.	Firma .....

INSTRUCCIONES

El formulario se deberá cumplimentar con caracteres de imprenta, utilizando únicamente las líneas de puntos. Se compone de 4 páginas: no se podrá suprimir ninguna de ellas, incluso aunque no contenga ninguna mención útil. Deberá cumplimentarse en el idioma del médico que expide el certificado.

NOTAS

- (1) Sigla del país a cuya legislación está sometido el trabajador: F = Francia.
- (1 bis) Para los nacionales españoles, indicar los dos apellidos.  
Para los nacionales portugueses, indicar todos los apellidos (nombre, apellidos, apellido de soltera) en el orden del registro civil, tal como aparecen en el documento de identidad o el pasaporte.
- (1 ter) Para las localidades portuguesas, indicar también la parroquia y el municipio.
- (1 quater) Para los nacionales españoles, indicar el número del documento nacional de identidad, si se posee, aunque esté caducado. En caso de que no se posea, indicar «ninguno».
- (2) Calle, número, código postal, localidad, país.
- (3) Indicar el parentesco de cada miembro de la familia con el trabajador, por medio de las abreviaturas siguientes:  
A = hijo legítimo. En España, hijo nacido del matrimonio (matrimonial) e hijo nacido fuera del matrimonio (no matrimonial).  
B = hijo legitimado.  
C = hijo adoptivo.  
D = hijo natural (cuando la declaración se cumplimente en nombre del trabajador masculino, no se deberán mencionar los hijos naturales más que cuando la paternidad o la obligación de alimentos del trabajador ha sido reconocida oficialmente).  
E = hijo del cónyuge que pertenece a la familia del trabajador.  
F = nietos, hermanos y hermanas que el interesado haya acogido en su casa. También los sobrinos y sobrinas hasta el 3er grado de parentesco, si la institución competente fuere una institución griega.  
G = otros niños que dependen permanentemente del matrimonio en pie de igualdad con los hijos del trabajador (niños recogidos).  
Los demás parentescos (por ejemplo: abuelo) deberán indicarse con todas sus letras. Si un hijo está casado, divorciado o es viudo, indicarlo en el punto 7.1. También si un hijo fuese huérfano de padre o madre, si va dirigida la información a las instituciones griegas.
- (4) Si uno de los hijos no tiene la misma dirección que la indicada en 2.5 indicar dicha dirección en el siguiente recuadro

Apellido(s) y nombre ..... ..... Dirección (2): ..... .....
--

- (5) Indicar para cada periodo el importe total de los subsidios pagados en la moneda del Estado de residencia de los miembros de la familia. Si el periodo que se certifica es inferior a un año, precisar las fechas exactas.