

## II

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

## COMISIÓN

COMISIÓN ADMINISTRATIVA PARA LA SEGURIDAD SOCIAL DE LOS TRABAJADORES  
MIGRANTES

## DECISIÓN N° 201

de 15 de diciembre de 2004

relativa a los modelos de formularios necesarios para la aplicación de los Reglamentos (CEE)  
n° 1408/71 y (CEE) n° 574/72 del Consejo (serie E 400)

(Texto pertinente a efectos del EEE y del Acuerdo UE-Suiza)

(2005/376/CE)

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

Visto el Reglamento (CEE) n° 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 sus familias que se desplazan dentro de la Comunidad<sup>(1)</sup>, y, en particular, su artículo 81, letra a), en virtud del cual la Comisión administrativa se encarga de resolver todas las cuestiones administrativas derivadas de las disposiciones del Reglamento (CEE) n° 1408/71 y de los ulteriores Reglamentos,

Visto el Reglamento (CEE) n° 574/72 del Consejo, de 21 de marzo de 1972, por el que se establecen las modalidades de aplicación del Reglamento (CEE) n° 1408/71 relativo a la aplicación de los regímenes de seguridad social a los trabajadores por cuenta ajena y a sus familiares que se desplacen dentro de la Comunidad<sup>(2)</sup>, y, en particular, su artículo 2, apartado 1, en virtud del cual la Comisión administrativa debe establecer los modelos de documentos necesarios para la aplicación de los Reglamentos (CEE) n° 1408/71 y (CEE) n° 574/72,

Vista la Decisión n° 146, de 10 de octubre de 1990, referente a la interpretación del artículo 94, apartado 9, del Reglamento (CEE) n° 1408/71<sup>(3)</sup>,

Vista la Decisión n° 155, de 6 de julio de 1994, relativa a los modelos de formularios necesarios para la aplicación de los Reglamentos (CEE) n° 1408/71 y (CEE) n° 574/72 del Consejo (E 401-411)<sup>(4)</sup>,

Vista la Decisión n° 157, de 1 de julio de 1995, relativa a los modelos de formularios necesarios para la aplicación de los Reglamentos (CEE) n° 1408/71 y (CEE) n° 574/72 del Consejo (E 401-411)<sup>(5)</sup>,

Considerando lo siguiente:

- (1) La ampliación de la Unión Europea, el 1 de mayo de 2004, exige adaptar los formularios de la serie E 400.
- (2) En virtud del Acuerdo sobre el Espacio Económico Europeo (Acuerdo EEE), de 2 de mayo de 1992, completado por el Protocolo de 17 de marzo de 1993, anexo VI, los Reglamentos (CEE) n° 1408/71 y (CEE) n° 574/72 se aplican en el Espacio Económico Europeo.
- (3) La Comunidad Europea y sus Estados miembros, por un lado, y la Confederación Suiza, por otro, celebraron un Acuerdo sobre la libre circulación de personas (Acuerdo UE-Suiza) que entró en vigor el 1 de junio de 2002. En el anexo II de dicho Acuerdo se hace referencia a los Reglamentos (CEE) n° 1408/71 y (CEE) n° 574/72.

<sup>(1)</sup> DO L 149 de 5.7.1971, p. 2.

<sup>(2)</sup> DO L 74 de 27.3.1972, p. 1. Reglamento cuya última modificación la constituye el Reglamento CE n° 77/2005 (DO L 16 de 20.1.2005, p. 3).

<sup>(3)</sup> DO L 235 de 23.8.1991, p. 9. Decisión cuya última modificación la constituye la Decisión n° 167 (DO L 195 de 11.7.1998, p. 35).

<sup>(4)</sup> DO L 209 de 5.9.1995, p. 1.

<sup>(5)</sup> Decisión no publicada por la que se extiende la Decisión n° 155 a Austria, Finlandia y Suecia.

(4) Por motivos prácticos, los formularios utilizados en la Unión Europea, en el marco del Acuerdo EEE y en el marco del Acuerdo UE-Suiza serán idénticos.

HA ADOPTADO LA PRESENTE DECISIÓN:

1. Quedará derogada la Decisión nº 155, y los modelos de formularios E 401, E 402, E 403, E 404, E 405, E 406, E 407 y E 411 que ésta contiene se sustituirán por los modelos adjuntos a la presente Decisión.
2. Quedará suprimido el modelo de formulario E 413F que figura en la Decisión nº 146.
3. Quedará derogada la Decisión nº 157.

4. Las autoridades competentes de los Estados miembros pondrán a disposición de las partes interesadas formularios conformes a los modelos adjuntos. Estos formularios estarán disponibles en las lenguas oficiales de la Comunidad y estructurados de tal manera que puedan superponerse perfectamente las diferentes versiones, con el fin de que todos los destinatarios puedan recibir el formulario impreso en su propia lengua.
5. La presente Decisión será aplicable el primer día del mes siguiente al de su publicación en el *Diario Oficial de la Unión Europea*.

*El Presidente  
de la Comisión Administrativa*

C. J. VAN DEN BERG

**CERTIFICACIÓN RELATIVA A LA COMPOSICIÓN DE LA FAMILIA A EFECTOS DE LA CONCESIÓN DE  
PRESTACIONES FAMILIARES**

Reglamento (CEE) nº 1408/71: artículo 73; artículo 74; artículo 77; artículo 78  
Reglamento (CEE) nº 574/72: artículo 86.2; artículo 88; artículo 90; artículo 91; artículo 92

**A. Solicitud de certificación**

1.	<input type="checkbox"/> Trabajador por cuenta ajena	<input type="checkbox"/> Persona a cuyo cargo está el huérfano	<input type="checkbox"/> Pensionista (régimen para trabajadores por cuenta ajena) <sup>(4)</sup>
	<input type="checkbox"/> Trabajador por cuenta propia	<input type="checkbox"/> Huérfano	<input type="checkbox"/> Pensionista (régimen para trabajadores por cuenta propia) <sup>(4)</sup>

1.1.	Apellido(s) <sup>(1bis)</sup> : .....		
1.2.	Nombre: .....	Apellido(s) anteriores <sup>(1ter)</sup> : .....	Lugar de nacimiento <sup>(2)</sup> : .....
1.3.	Fecha de nacimiento: .....	Sexo: .....	Nacionalidad: .....
1.4.	Número de identificación/seguro: <sup>(3)</sup> .....		
1.5.	Estado civil: <input type="checkbox"/> soltero/a <input type="checkbox"/> divorciado/a	<input type="checkbox"/> casado/a <input type="checkbox"/> separado/a <sup>(5)</sup>	<input type="checkbox"/> viudo/a <input type="checkbox"/> cohabitante <sup>(6)</sup> <sup>(7)</sup>
1.6.	Dirección en el país de residencia de los miembros de la familia Calle: ..... nº ..... Código postal: ..... Localidad: ..... País: .....		

2.	<input type="checkbox"/> Cónyuge	<input type="checkbox"/> Cónyuge divorciado o separado del trabajador o del titular de pensión
	<input type="checkbox"/> Progenitor superviviente <sup>(8)</sup>	<input type="checkbox"/> Compañero/a cohabitante <sup>(6)</sup> <sup>(7)</sup>

2.1.	Apellido(s) <sup>(1bis)</sup> : .....			
2.2.	Nombre: .....	Apellido(s) anteriores <sup>(1ter)</sup> : .....	Lugar de nacimiento <sup>(2)</sup> : .....	
2.3.	Fecha de nacimiento: .....	Sexo: .....	Nacionalidad: .....	Número de identificación/seguro <sup>(3)</sup> : .....
2.4.	Dirección Calle: ..... nº ..... Código postal: ..... Localidad: ..... País: .....			
2.5.	Ejercicio de una actividad remunerada: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			

3.	<input type="checkbox"/> Persona o personas, distinta(s) del cónyuge, en cuyo(s) hogar(es) viven los miembros de la familia
----	---

3.1.	Apellido(s) <sup>(1bis)</sup> : .....			
3.2.	Nombre: .....	Apellido(s) anteriores <sup>(1ter)</sup> : .....	Lugar de nacimiento <sup>(2)</sup> : .....	
3.3.	Fecha de nacimiento: .....	Sexo: .....	Nacionalidad: .....	Número de identificación/seguro <sup>(3)</sup> : .....
3.4.	Relación de parentesco con el o los miembros de la familia: .....			
3.5.	Dirección Calle: ..... nº ..... Código postal: ..... Localidad: ..... País: .....			
3.6.	Ejercicio de una actividad remunerada: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			



B. Certificación

La parte B de este formulario deberá cumplimentarla la oficina encargada del registro civil o la autoridad o administración competente en cuestiones de estado civil del país de residencia de los miembros de la familia (13).

6. Composición de la familia en la que viven los miembros mencionados en el recuadro 4			
6.1.	Apellido(s) (1a)	Nombre	Fecha de nacimiento (9)
	1.		
	2.		
	3.		
	4.		
	5.		
	6.		
	7.		
	8.		
	9.		
	10.		
6.2.	Observaciones (13)		

7.	Esta información se comunicará únicamente si el formulario va dirigido a una institución danesa, islandesa o noruega (14)		
7.1.	Persona que ejerce la patria potestad: .....		
7.2.	El mantenimiento de los hijos con fondos públicos	<input type="checkbox"/> se paga	<input type="checkbox"/> no se paga
7.3.	La madre o el padre de los niños	<input type="checkbox"/> ha(n) fallecido	<input type="checkbox"/> no ha(n) fallecido (15)
	En caso afirmativo, fecha del fallecimiento: .....		
7.4.	La madre o el padre de los niños una pensión de vejez o invalidez	<input type="checkbox"/> percibe	<input type="checkbox"/> no percibe (15)

8.	Oficina encargada del registro civil o autoridad o administración competente en cuestiones de estado civil (12)		
	La exactitud de la información citada anteriormente ha sido verificada en los documentos oficiales que obran en nuestro poder por:		
8.1.	Nombre y dirección de la oficina encargada del registro civil, autoridad o administración (11) .....		
8.2.	Sello:	8.3.	Fecha:
			.....
		8.4.	Firma:
			.....

## INSTRUCCIONES

**El formulario deberá cumplimentarse en caracteres de imprenta, utilizando únicamente las líneas de puntos. Ninguna de las cinco páginas de que consta podrá suprimirse, aunque no contenga ningún dato relevante. Deberá cumplimentarse en la lengua de la autoridad indicada en el recuadro 8.**

## NOTAS

- (<sup>1</sup>) Código del país al que pertenece la institución que cumplimenta el formulario: BE = Bélgica; CZ = República Checa; DK = Dinamarca; DE = Alemania; EE = Estonia; GR = Grecia; ES = España; FR = Francia; IE = Irlanda; IT = Italia; CY = Chipre; LV = Letonia; LT = Lituania; LU = Luxemburgo; HU = Hungría; MT = Malta; NL = Países Bajos; AT = Austria; PL = Polonia; PT = Portugal; SI = Eslovenia; SK = Eslovaquia; FI = Finlandia; SE = Suecia; UK = Reino Unido; IS = Islandia; LI = Liechtenstein; NO = Noruega; CH = Suiza.
- (<sup>1bis</sup>) Para los nacionales españoles, indicar los dos apellidos de nacimiento. Para los nacionales portugueses, indicar el nombre completo (nombre, apellido y apellido de soltera) en el orden en el que aparecen en el documento de identidad o el pasaporte.
- (<sup>1ter</sup>) Los apellidos anteriores incluyen los apellidos de nacimiento.
- (<sup>2</sup>) En el caso de localidades portuguesas, indicar también la parroquia y el municipio.
- (<sup>3</sup>) Si el formulario va destinado a una institución checa, indicar el número de nacimiento; a una institución chipriota, indicar el número de identificación en el caso de los ciudadanos chipriotas, y el número del certificado de registro de extranjeros en el caso de los ciudadanos no chipriotas; a una institución danesa, indicar el número *CPR*; a una institución finlandesa, indicar el número del registro de población; a una institución sueca, indicar el número personal (*personnummer*); a una institución islandesa, indicar el número de identificación personal (*kennitala*); a una institución letona, indicar el número de identidad; a una institución de Liechtenstein, indicar el número de seguro *AHV*; a una institución lituana, indicar el número de identificación personal; a una institución húngara, indicar el número de identificación de la seguridad social (*TAJ*); a una institución maltesa, indicar el número del documento de identidad en el caso de los ciudadanos malteses, y el de la seguridad social, en el caso de los ciudadanos no malteses; a una institución noruega, indicar el número de identificación personal (*fødselsnummer*); a una institución belga, indicar el número de la seguridad social nacional (*NISS*); a una institución alemana del régimen general de seguros de pensiones, indicar el número de seguro (*VSNR*); a una institución española, indicar el número que figura en el documento nacional de identidad (DNI), o el NIE en el caso de los ciudadanos no españoles, aun cuando el documento esté caducado; a una institución polaca, indicar los números *PESEL* y *NIP*; a una institución portuguesa, indicar también el número de registro en el régimen general de pensiones, si el interesado ha estado asegurado en virtud del sistema de seguridad social de los funcionarios públicos de Portugal; a una institución eslovaca, indicar el número de nacimiento; a una institución eslovena, indicar el número de identificación personal (*EMŠO*); a una institución suiza, indicar el número de seguro *AVS/AI (AHV/IV)*.
- (<sup>4</sup>) Dinamarca, Eslovaquia, Polonia, Liechtenstein, Noruega y Suiza no establecen ninguna diferencia entre «titular de pensión» (régimen de trabajadores por cuenta ajena) y «titular de pensión» (régimen de trabajadores por cuenta propia).
- (<sup>5</sup>) Para las instituciones noruegas, indicar la fecha de separación:  
 .....
- (<sup>6</sup>) Para las instituciones checas, danesas, islandesas y noruegas.
- (<sup>7</sup>) Esta información deberá proceder de una declaración de la persona interesada.
- (<sup>8</sup>) Salvo si se menciona en el recuadro 1.
- (<sup>9</sup>) Para las instituciones danesas y noruegas, mencionar únicamente los hijos menores de 18 años. Para las instituciones letonas, indicar únicamente los niños menores de 15 años y, si acuden a centros de enseñanza general o de formación profesional, no reciben becas y no están casados, los menores de 20 años.
- (<sup>10</sup>) Indicar el parentesco de cada miembro de la familia con el trabajador, por medio de las abreviaturas siguientes:  
 A = hijo legítimo. En España y Polonia, 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 padre, sólo deberán mencionarse los hijos naturales cuando la paternidad o la obligación de alimentos del trabajador haya sido reconocida oficialmente).  
 E = hijo de un cónyuge que pertenece a la familia del trabajador.  
 F = nietos, hermanos y hermanas que el interesado haya acogido en su casa. También los sobrinos hasta el tercer grado de parentesco si la institución competente fuere una institución griega. Si la institución competente fuere polaca, únicamente nietos y hermanos cuyo tutor legal sea una persona con derecho o su cónyuge.  
 G = otros niños que formen parte del hogar de forma permanente, en pie de igualdad con los hijos del trabajador (niños acogidos). Si la institución competente fuere polaca, únicamente otros menores cuyo tutor legal sea una persona con derecho o su cónyuge.  
 H = para las instituciones checas, describir otras modalidades de custodia (custodia concedida por decisión judicial a otras personas distintas de los padres, el tutor, el curador, etc.)  
 Los demás parentescos (por ejemplo: abuelo) deberán indicarse sin abreviar. Si un hijo está casado, divorciado o es viudo, indíquese en los puntos 4 y 6.1. Indíquese también si un hijo es huérfano de padre o madre, cuando la información vaya dirigida a las instituciones griegas.
- (<sup>11</sup>) Calle, número, código postal, localidad, país.

- (<sup>12</sup>) En España, la Dirección Provincial del Instituto Nacional de Seguridad Social del lugar de residencia o la Autoridad Municipal, en su caso. Cuando se trate de trabajadores del mar, la Dirección Provincial del Instituto Social de la Marina.  
En Francia, la «mairie» (ayuntamiento) o la «caisse d'allocations familiales» (Caja de subsidios familiares).  
En Irlanda, «Child Benefit Section, Department of Social Welfare» (Sección de subsidios infantiles del Ministerio de Previsión Social), St. Oliver Plunkett Road, Letterkenny, Co. Donegal.  
En Chipre, «Ministry of Finance, Grants and Benefits Service» (Servicio de ayudas y prestaciones del Ministerio de Finanzas, 1849, Nicosia).  
En Letonia, «Valsts sociālās apdrošināšanas aģentūra» (Agencia estatal de la seguridad social), Riga.  
En Polonia, el municipio o distrito.  
En Portugal, la «Junta de Freguesia» (Consejo de parroquia) del lugar de residencia de los miembros de la familia.  
En Eslovaquia, «Úrad práce, sociálnych vecí a rodiny» (Oficina de empleo, asuntos sociales y familia) del lugar de residencia del solicitante.  
En Finlandia, «Social Insurance Institution» (Instituto de Seguridad Social), Helsinki.  
En Suecia, el «foersaekringskassan» (Oficina del Seguro Social) del lugar de residencia.  
En el Reino Unido, «Inland Revenue, Child Benefit Office» (Hacienda Pública, Oficina de asignaciones familiares) (GB), PO Box 1, Newcastle-upon-Tyne NE 88 IAA o, en Irlanda del Norte, «Child Benefit Office» (Oficina de asignaciones familiares) (NI), Windsor House, 9-15 Bedford Street Belfast BT2 7UW, o «Inland Revenue, Tax Credits Office» (Hacienda Pública, Oficina de créditos fiscales) (Irlanda del Norte), 52-58 Great Victoria Street, Belfast BT2 7WF, según el caso.  
En Suiza, la administración local (oficina de registro) del lugar de residencia.
- (<sup>13</sup>) Si alguno de los hijos no reside en la dirección señalada en los puntos 2.5 o 3.6, sírvase indicar la otra dirección. Para las instituciones noruegas o polacas, indicar si alguno de los hijos reside en un orfanato, un centro de enseñanza especial u otro centro.
- (<sup>14</sup>) Esta información sólo se comunicará si la administración correspondiente dispone de dichos datos.
- (<sup>15</sup>) Táchese lo que no proceda.
-



**CERTIFICACIÓN RELATIVA A LOS INGRESOS FAMILIARES A EFECTOS DE LA CONCESIÓN DE PRESTACIONES FAMILIARES DE CONFORMIDAD CON LA LEGISLACIÓN POLACA**

Reglamento (CEE) nº 1408/71: artículo 73; artículo 74; artículo 77; artículo 78  
Reglamento (CEE) nº 574/72: artículo 86; artículo 88; artículo 90

Formulario que deberá utilizarse para la concesión de prestaciones familiares de conformidad con la legislación polaca.  
Este formulario deberá cumplimentarlo la institución de un Estado miembro distinto del Estado miembro competente (¹).

1.	Ingresos brutos de las personas enumeradas en los recuadros 1, 2 y 4 del formulario E 401 en el período comprendido entre ..... y ..... en un Estado miembro distinto del Estado competente (²)		
	Persona indicada en el recuadro 1 del formulario E 401	Persona indicada en el recuadro 2 del formulario E 401	Hijo(s) (personas indicadas en el recuadro 4 del formulario E 401)
1.1.	Salario procedente de una actividad remunerada .....	.....	.....
1.2.	Otros ingresos procedentes de actividades profesionales (actividades por cuenta propia) .....	.....	.....
1.3.	Prestaciones de seguridad social: .....	.....	.....
	— prestaciones familiares: .....	.....	.....
1.4.	Pensión alimenticia recibida (³) .....	.....	.....
1.5.	Ingresos totales .....	.....	.....
1.6.	Pensión alimenticia abonada a otras personas (⁴) .....	.....	.....
1.7.	Cotizaciones a la seguridad social .....	.....	.....
1.8.	Impuesto sobre la renta de las personas físicas (IRPF) .....	.....	.....

2.	Institución de un Estado miembro distinto del Estado miembro competente (¹)		
2.1.	Denominación: .....		
2.2.	Dirección (⁵): .....		
2.3.	Número de referencia del expediente: .....		
2.4.	Sello: .....	2.5.	Fecha: .....
		2.6.	Firma: .....

**NOTAS**

- (1) Este recuadro deberá cumplimentarlo la institución mencionada en el anexo de la Decisión n° 151 o en la nueva Decisión n° 201 (por la que se aprueba ese formulario). Si la institución no puede confirmar toda la información, o parte de la misma, el formulario deberá devolverse en blanco o cumplimentado sólo en parte. En la medida de lo posible, deberá ir acompañado de un certificado con la información necesaria correspondiente a la persona o las personas en cuestión.
- (2) Período al que se refiere el formulario. La institución mencionada en el recuadro 5 del formulario E 401 deberá indicar este dato.
- (3) En caso de que dicho importe no esté incluido en los ingresos mencionados en el punto 1.3.
- (4) Personas no mencionadas en los recuadros 1, 2 y 4 del formulario E 401.
- (5) Calle, número, código postal, localidad, país.
-



**CERTIFICACIÓN DE REALIZACIÓN DE ESTUDIOS PARA LA CONCESIÓN DE PRESTACIONES FAMILIARES**

Reglamento (CEE) n° 1408/71: artículo 73; artículo 74; artículo 77; artículo 78  
Reglamento (CEE) n° 574/72: artículo 86; artículo 88; artículo 90; artículo 91; artículo 92

**A. Solicitud de certificación**

Deberá cumplimentarla la institución competente para la concesión de las prestaciones familiares. Si el formulario va dirigido a una institución belga o checa, deberá adjuntarse el formulario E 402 anexo.

1.	Solicitante de prestaciones familiares		
	<input type="checkbox"/> Trabajador por cuenta ajena	<input type="checkbox"/> Pensionista (régimen de trabajadores por cuenta ajena)	
	<input type="checkbox"/> Trabajador por cuenta propia	<input type="checkbox"/> Pensionista (régimen de trabajadores por cuenta propia)	
	<input type="checkbox"/> Otras personas distintas de las anteriormente citadas	<input type="checkbox"/> Huérfano	
1.1.	Apellido(s) <sup>(1 bis)</sup> : .....		
1.2.	Nombre: .....	Apellidos anteriores <sup>(1 bis)</sup> : .....	Lugar de nacimiento <sup>(2)</sup> : .....
1.3.	Fecha de nacimiento: Sexo: .....	Nacionalidad: .....	Número de identificación o de seguro <sup>(3)</sup> : .....
1.4.	Dirección <sup>(5)</sup> : ..... .....		

2.	Alumno o estudiante		
2.1.	Apellido(s) <sup>(1 bis)</sup> : .....		
2.2.	Nombre: .....	Apellidos anteriores <sup>(1 bis)</sup> : .....	
2.3.	Lugar de nacimiento <sup>(2)</sup> <sup>(4)</sup> : .....	Fecha de nacimiento: .....	Número de identificación o de seguro <sup>(3)</sup> : .....
2.4.	Dirección <sup>(5)</sup> : ..... .....		
2.5.	<input type="checkbox"/> ha concluido los estudios superiores <input type="checkbox"/> no ha concluido los estudios superiores <sup>(11)</sup>		

3.	Institución competente para la concesión de prestaciones familiares		
3.1.	Denominación: .....		
3.2.	Dirección <sup>(5)</sup> : .....		
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.  
Deberá cumplimentarse en el idioma del centro mencionado en el recuadro 7.

## NOTAS

- (<sup>1</sup>) Código del país al que pertenece la institución que cumplimenta el formulario: BE = Bélgica; CZ = República Checa; DK = Dinamarca; DE = Alemania; EE = Estonia; GR = Grecia; ES = España; FR = Francia; IE = Irlanda; IT = Italia; CY = Chipre; LV = Letonia; LT = Lituania; LU = Luxemburgo; HU = Hungría; MT = Malta; NL = Países Bajos; AT = Austria; PL = Polonia; PT = Portugal; SI = Eslovenia; SK = Eslovaquia; FI = Finlandia; SE = Suecia; UK = Reino Unido; IS = Islandia; LI = Liechtenstein; NO = Noruega; CH = Suiza.
- (<sup>1 bis</sup>) Para los nacionales españoles, indicar los dos apellidos de nacimiento. Para los nacionales portugueses, indicar todos los apellidos (nombre, apellido, apellido de soltera) en el orden en el que aparecen en el documento de identidad o el pasaporte. En el caso de la República Checa, cuando las prestaciones familiares sean solicitadas por un estudiante, las personas especificadas en los recuadros 1 y 2 son idénticas.
- (<sup>2</sup>) Para las localidades portuguesas, indicar la parroquia y el municipio.
- (<sup>3</sup>) Si el formulario va destinado a una institución checa, indicar el número de nacimiento; a una institución chipriota, indicar el número de identificación en el caso de los ciudadanos chipriotas, y el número del certificado de registro de extranjeros en el caso de los ciudadanos no chipriotas; a una institución danesa, indicar el número *CPR*; a una institución finlandesa, indicar el número del registro de población; a una institución sueca, indicar el número personal (*personnummer*); a una institución islandesa, indicar el número de identificación personal (*kennitala*); a una institución letona, indicar el número de identidad; a una institución de Liechtenstein, indicar el número de seguro *AHV*; a una institución lituana, indicar el número de identificación personal; a una institución húngara, indicar el número de identificación de la seguridad social (*TAJ*); a una institución maltesa, indicar el número del documento de identidad en el caso de los ciudadanos malteses, y el de la seguridad social, en el caso de los ciudadanos no malteses; a una institución noruega, indicar el número de identificación personal (*fødselsnummer*); a una institución belga, indicar el número de la seguridad social nacional (*NISS*); a una institución alemana del régimen general de seguros de pensiones, indicar el número de seguro (*VSNR*); a una institución española, indicar el número que figura en el documento nacional de identidad (DNI), o el NIE en el caso de los ciudadanos no españoles, aun cuando el documento esté caducado; a una institución polaca, indicar los números *PESEL* y *NIP*; a una institución portuguesa, indicar también el número de registro en el régimen general de pensiones, si el interesado ha estado asegurado en virtud del sistema de seguridad social de los funcionarios públicos de Portugal; a una institución eslovaca, indicar el número de nacimiento; a una institución eslovena, indicar el número de identificación personal (*EMŠO*); a una institución suiza, indicar el número de seguro *AVS/AI (AHV/IV)*.
- (<sup>4</sup>) Para los nacionales suecos, esta información sólo podrá comunicarse si se considera necesaria.
- (<sup>5</sup>) Calle, número, código postal, localidad, país.
- (<sup>6</sup>) Indicar si se trata de una escuela pública, privada o concertada. Se indicará únicamente cuando la institución que figura en el recuadro 3 sea del Reino Unido.
- (<sup>6 bis</sup>) Para las instituciones eslovacas, indicar si los estudios se cursan a tiempo parcial o completo.
- (<sup>7</sup>) Para las instituciones alemanas, rellenar el recuadro 6 si el curso tiene una duración inferior a 10 horas semanales.
- (<sup>8</sup>) Debe cumplimentarse si el formulario va dirigido a una institución belga o finlandesa; el número de medias jornadas ha de indicarse si se trata de escuelas primarias o secundarias.
- (<sup>9</sup>) Para las instituciones neerlandesas.
- (<sup>10</sup>) Para las instituciones maltesas, indicar si el estudiante recibe algún tipo de remuneración por sus estudios y, en tal caso, señalar su cuantía semanal.
- (<sup>11</sup>) Para las instituciones eslovacas, indicar si se ha completado la educación secundaria.



Deberá cumplimentarlo la escuela o bien el centro de enseñanza superior o universitaria mencionado en el recuadro 2 en caso de que la solicitud de prestaciones familiares vaya dirigida a una institución belga o checa

1.

- 1.1. ¿De cuántas medias jornadas y cuántas horas semanales se componen los cursos?  
medias jornadas: ..... horas: .....
- 1.2. Las clases  se imparten  no se imparten antes de las 19 horas.
- 1.3. El alumno  asiste regularmente  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)  incluyen  no incluyen  
las horas de prácticas fuera del centro necesarias para la obtención de un diploma oficial.  
En caso afirmativo, indicar el sueldo o salario bruto abonado o las retribuciones brutas concedidas:  
.....  
en el período del ..... al .....
- b)  incluyen  no incluyen  
las horas dedicadas a ejercicios prácticos en el centro.  
En caso afirmativo, indicar el número de horas por semana: .....
- c)  incluyen  no incluyen  
las horas dedicadas a estudiar en el centro.  
En caso afirmativo, indicar el número de horas por semana: .....
- 1.5. Tipo de enseñanza impartida  
 formación general  formación técnica o profesional  formación artística  
 formación superior no universitaria  formación universitaria
- 1.6. El alumno  está elaborando  no está elaborando  
una tesis.  
En caso afirmativo, indicar  
— ¿desde qué fecha? .....  
— ¿cuándo ha de presentarla? .....
- 1.7. El programa de estudios  
 está oficialmente reconocido  no está oficialmente reconocido  
 corresponde a un programa oficialmente reconocido  no corresponde a un programa oficialmente reconocido
- 1.8. Indicar los períodos de vacaciones  
— vacaciones de Navidad: del ..... al .....  
— vacaciones de Semana Santa: del ..... al .....  
— vacaciones de verano: del ..... al .....

2. Escuela, universidad o centro de enseñanza superior

- 2.1. Denominación: .....
- 2.2. Dirección (5): .....
- 2.3. Sello: ..... 2.4. Fecha: .....
- 2.5. Firma: .....





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

Reglamento (CEE) nº 1408/71: artículo 73; artículo 74; artículo 77; artículo 78  
Reglamento (CEE) nº 574/72: artículo 86; artículo 88; artículo 90; artículo 91; artículo 92

**A. Solicitud de certificación**

Deberá cumplimentarla la institución competente para la concesión de las prestaciones familiares. Si el formulario va dirigido a una institución francesa, deberá adjuntarse el formulario E 403 anexo en caso de que el interesado curse una formación profesional.

1.	Solicitante de prestaciones familiares	
	<input type="checkbox"/> Trabajador por cuenta ajena	<input type="checkbox"/> Pensionista (régimen de trabajadores por cuenta ajena)
	<input type="checkbox"/> Trabajador por cuenta propia	<input type="checkbox"/> Pensionista (régimen de trabajadores por cuenta propia)
	<input type="checkbox"/> Otras personas distintas de las anteriormente citadas	<input type="checkbox"/> Huérfano

  

1.1.	Apellido(s) <sup>(1 bis)</sup> :		
.....			
1.2.	Nombre:	Apellidos anteriores <sup>(1 bis)</sup> :	Lugar de nacimiento <sup>(2)</sup> :
.....			
1.3.	Fecha de nacimiento:	Sexo:	Nacionalidad:
.....			
1.4.	Dirección en el país de residencia del aprendiz <sup>(4)</sup> :		
.....			

2.	<input type="checkbox"/> Aprendiz	<input type="checkbox"/> Estudiante de formación profesional <sup>(5)</sup>
----	-----------------------------------	---

  

2.1.	Apellido(s) <sup>(1 bis)</sup> :		
.....			
2.2.	Nombre:	Apellidos anteriores <sup>(1 bis)</sup> :	
.....			
2.3.	Lugar de nacimiento <sup>(2)</sup> :	Fecha de nacimiento:	Sexo:
.....			
2.4.	Dirección <sup>(4)</sup> :		
.....			

3.	Institución competente para la concesión de prestaciones familiares		
----	---	--	--

  

3.1.	Denominación: .....		
3.2.	Dirección <sup>(4)</sup> : .....		
3.3.	Número de referencia del expediente: .....		
3.4.	Sello:	3.5. Fecha:	
		.....	
		3.6. Firma:	
		.....	

**B. Certificación**

Deberá cumplimentarla la persona, la empresa o la institución encargada del aprendizaje y deberá enviarse al organismo responsable de la supervisión del aprendizaje, el cual deberá hacerla llegar a la institución indicada en el recuadro 3.

4.	Información relativa al aprendizaje
4.1.	La persona indicada en el recuadro 2 es aprendiz en nuestro establecimiento desde el ..... para su formación en el oficio de: .....
4.2.	El aprendizaje ocupa <input type="checkbox"/> ..... días por semana <input type="checkbox"/> ..... horas por semana y se prolongará hasta el .....
4.3.	El aprendiz <input type="checkbox"/> recibe <input type="checkbox"/> una retribución o beca de aprendizaje <input type="checkbox"/> neta <sup>(6)</sup> <input type="checkbox"/> bruta que se eleva a <input type="checkbox"/> semanales <input type="checkbox"/> mensuales .....
	<input type="checkbox"/> otras prestaciones <sup>(7)</sup> en concepto de <input type="checkbox"/> vivienda <input type="checkbox"/> pensión completa <input type="checkbox"/> media pensión <input type="checkbox"/> propinas <input type="checkbox"/> ..... comidas al día <input type="checkbox"/> otros <sup>(8)</sup> del ..... al ..... por un total de: .....
	<input type="checkbox"/> no recibe <input type="checkbox"/> una retribución o beca de aprendizaje <input type="checkbox"/> otras prestaciones
4.4.	Lugar de trabajo: .....
4.5.	Nombre de la persona, la empresa o la institución encargada del aprendizaje: .....
4.6.	Dirección <sup>(4)</sup> : .....
4.7.	Sello: .....
	4.8. Fecha: .....
	4.9. Firma: .....

5.	Visto bueno del organismo responsable de la supervisión del aprendizaje <sup>(9)</sup>
5.1.	Denominación: .....
5.2.	Dirección <sup>(4)</sup> : .....
5.3.	Sello: .....
	5.4. Fecha: .....
	5.5. Firma: .....

INSTRUCCIONES

El formulario deberá cumplimentarse en caracteres de imprenta, utilizando únicamente las líneas de puntos. Se compone de tres páginas; ninguna de ellas podrá suprimirse aun cuando no contenga ninguna mención útil. Deberá cumplimentarse en el idioma del organismo mencionado en el recuadro 5.

NOTAS

- (1) Código del país al que pertenece la institución que cumplimenta el formulario: BE = Bélgica; CZ = República Checa; DK = Dinamarca; DE = Alemania; EE = Estonia; GR = Grecia; ES = España; FR = Francia; IE = Irlanda; IT = Italia; CY = Chipre; LV = Letonia; LT = Lituania; LU = Luxemburgo; HU = Hungría; MT = Malta; NL = Países Bajos; AT = Austria; PL = Polonia; PT = Portugal; SI = Eslovenia; SK = Eslovaquia; FI = Finlandia; SE = Suecia; UK = Reino Unido; IS = Islandia; LI = Liechtenstein; NO = Noruega; CH = Suiza.
- (1 bis) Para los nacionales españoles, indicar los dos apellidos de nacimiento. Para los nacionales portugueses, indicar todos los apellidos (nombre, apellido, apellido de soltera) en el orden en el que aparecen en el documento de identidad o el pasaporte. En el caso de la República Checa, cuando las prestaciones familiares sean solicitadas por un estudiante, las personas especificadas en los recuadros 1 y 2 son idénticas.
- (2) Para las localidades portuguesas, indicar la parroquia y el municipio.
- (3) Si el formulario va destinado a una institución checa, indicar el número de nacimiento; a una institución chipriota, indicar el número de identificación en el caso de los ciudadanos chipriotas, y el número del certificado de registro de extranjeros en el caso de los ciudadanos no chipriotas; a una institución danesa, indicar el número CPR; a una institución finlandesa, indicar el número del registro de población; a una institución sueca, indicar el número personal (*personnummer*); a una institución islandesa, indicar el número de identificación personal (*kennitala*); a una institución letona, indicar el número de identidad; a una institución de Liechtenstein, indicar el número de seguro AHV; a una institución lituana, indicar el número de identificación personal; a una institución húngara, indicar el número de identificación de la seguridad social (*TAJ*); a una institución maltesa, indicar el número del documento de identidad en el caso de los ciudadanos malteses, y el de la seguridad social, en el caso de los ciudadanos no malteses; a una institución noruega, indicar el número de identificación personal (*fødselsnummer*); a una institución belga, indicar el número de la seguridad social nacional (*NISS*); a una institución alemana del régimen general de seguros de pensiones, indicar el número de seguro (*VSNR*); a una institución española, indicar el número que figura en el documento nacional de identidad (DNI), o el NIE en el caso de los ciudadanos no españoles, aun cuando el documento esté caducado; a una institución polaca, indicar los números PESEL y NIP; a una institución portuguesa, indicar también el número de registro en el régimen general de pensiones, si el interesado ha estado asegurado en virtud del sistema de seguridad social de los funcionarios públicos de Portugal; a una institución eslovaca, indicar el número de nacimiento; a una institución eslovena, indicar el número de identificación personal (*EMŠO*); a una institución suiza, indicar el número de seguro AVS/AI (*AHV/IV*).
- (4) Calle, número, código postal, localidad, país.
- (5) Para las instituciones francesas, deberá cumplimentarse el formulario E 403 anexo si el interesado cursa una formación profesional práctica.
- (6) Para las instituciones alemanas, indicar únicamente el importe bruto de la beca de estudios.
- (7) En su caso, precisar las otras prestaciones en el recuadro siguiente.

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

- (8) Este recuadro deberán cumplimentarlo las instituciones que figuran a continuación. En Irlanda: «Child Benefit Section, Department of Social and Family Affairs» (Departamento de prestaciones por hijos, Ministerio de Asuntos Sociales y de la Familia) — St. Oliver Plunkett Road, Letterkenny, Co. Donegal —, en el caso de los aprendizajes no supervisados por la autoridad de formación industrial (FAS); en Italia, «Ufficio provinciale del lavoro e della massima occupazione» (Oficina provincial del trabajo y del empleo); y en Eslovenia, la Cámara de Oficios de Eslovenia.
- (9) De conformidad con la legislación francesa, formación previa y de preparación a la vida profesional cuyo objeto sea permitir a las personas que carezcan de cualificaciones profesionales y de contrato de trabajo acceder a un nivel que les permita cursar una formación profesional oficial o incorporarse directamente a la vida profesional.
- (10) Indicar el importe recibido en la divisa del Estado en cuyo territorio se lleva a cabo la formación profesional.
- (11) Completar en caso de que exista dicho organismo en el país donde se lleva a cabo la formación profesional.



Deberá cumplimentarse cuando la solicitud de prestaciones familiares deba presentarse en una institución francesa y se refiera a una persona que esté cursando estudios de formación profesional <sup>(9)</sup>

1. Información sobre la formación profesional <sup>(9)</sup>

1.1. La persona mencionada en el recuadro 2 del formulario E 403  
 cursa estudios de formación profesional desde el .....  
 cursó estudios de formación profesional del ..... al .....

1.2. ¿Tiene un contrato de trabajo para esta formación?  
 sí  no

1.3. Tipo de formación recibida: .....

1.4. Duración total de la formación: ..... (meses, semanas)

1.5. Número de horas de formación:  
— parte teórica  ..... por semana  ..... al mes  
— cursos prácticos  ..... por semana  ..... al mes

1.6. ¿Recibe una retribución durante la formación?  sí  no  
En caso afirmativo, tipo de retribución: .....  
Importe mensual neto <sup>(10)</sup>: .....

1.7. Lugar donde recibe la formación: .....

1.8. Nombre de la persona, la empresa o la institución encargada de la formación: .....

1.9. Dirección <sup>(4)</sup>: .....

1.10. Sello: .....  
1.11. Fecha: .....  
1.12. Firma: .....

2. Visto bueno del organismo responsable de la supervisión de la formación <sup>(11)</sup>

2.1. Denominación: .....

2.2. Dirección <sup>(4)</sup> .....

2.3. Sello: .....  
2.4. Fecha: .....  
2.5. Firma: .....





**CERTIFICADO MÉDICO PARA LA CONCESIÓN DE PRESTACIONES FAMILIARES**

Reglamento (CEE) nº 1408/71: artículo 73; artículo 74; artículo 77; artículo 78  
Reglamento (CEE) nº 574/72: artículo 86; artículo 88; artículo 90; artículo 91; artículo 92

**A. Solicitud de certificación**

Deberá cumplimentarla la institución competente para la concesión de las prestaciones familiares.

1.	Solicitante de prestaciones familiares	
	<input type="checkbox"/> Trabajador por cuenta ajena	<input type="checkbox"/> Pensionista (régimen de trabajadores por cuenta ajena)
	<input type="checkbox"/> Trabajador por cuenta propia	<input type="checkbox"/> Pensionista (régimen de trabajadores por cuenta propia)
	<input type="checkbox"/> Persona distinta de las citadas anteriormente	<input type="checkbox"/> Huérfano

1.1.	Apellido(s) <sup>(1 bis)</sup> :		.....
1.2.	Nombre:	Apellidos anteriores <sup>(1 bis)</sup> :	Lugar de nacimiento <sup>(2)</sup> :
1.3.	Fecha de nacimiento: Sexo:	Nacionalidad:	Número de identificación o seguro <sup>(3)</sup> :
1.4.	Dirección <sup>(4)</sup> : .....		

2.	Persona a la que se refiere el presente certificado médico		
2.1.	Apellido(s) <sup>(1 bis)</sup> : .....		
2.2.	Nombre:	Apellidos anteriores <sup>(1 bis)</sup> :	.....
2.3.	Lugar de nacimiento <sup>(2)</sup> :	Fecha de nacimiento:	Sexo: Número de identificación o seguro <sup>(3)</sup> :
2.4.	Dirección <sup>(4)</sup> : .....		

3.	Institución competente para la concesión de las prestaciones familiares		
3.1.	Denominación: .....		
3.2.	Dirección <sup>(4)</sup> : .....		
3.3.	Número de referencia del expediente: .....		
3.4.	Sello:	3.5. Fecha:	.....
		3.6. Firma:	.....

**B. Certificación**

Deberá cumplimentarla el médico designado por el organismo de enlace <sup>(5)</sup> <sup>(6)</sup> del país de residencia de la persona examinada y enviarse a la institución indicada en el recuadro 3.

4.

4.1. a) Las facultades físicas o mentales de la persona examinada:  están disminuidas  no están desminuidas  
En caso afirmativo, porcentaje de disminución: ..... %

b) La persona examinada:  es capaz de ganarse la vida  
 es incapaz de ganarse la vida y de continuar estudios de formación profesional debido a una deficiencia física o mental

c) La persona examinada:  es  no es ama de casa  
En caso afirmativo:  está  no está en condiciones de realizar las labores del hogar

d) Observaciones:  
.....  
.....  
.....

e) Descripción del estado de la persona examinada:  
.....  
.....  
.....

4.2. Fecha del inicio de la discapacidad o enfermedad (indíquese con la mayor precisión posible):  
.....

4.3. Duración probable: .....

4.4. a) Un nuevo reconocimiento:  es necesario  no es necesario  
b) En caso afirmativo, fecha del reconocimiento: .....

5.

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

5.2. Dirección <sup>(4)</sup>: .....

5.3. Fecha: .....

5.4. Firma: .....

## INSTRUCCIONES

**El formulario deberá cumplimentarse en caracteres de imprenta, utilizando únicamente las líneas de puntos. No podrá suprimirse ninguna de las tres páginas de que consta, aunque no contenga ningún dato relevante. Deberá cumplimentarse en la lengua del médico que expide el certificado.**

## NOTAS

- (<sup>1</sup>) Código del país al que pertenece la institución que cumplimenta el formulario: BE = Bélgica; CZ = República Checa; DK = Dinamarca; DE = Alemania; EE = Estonia; GR = Grecia; ES = España; FR = Francia; IE = Irlanda; IT = Italia; CY = Chipre; LV = Letonia; LT = Lituania; LU = Luxemburgo; HU = Hungría; MT = Malta; NL = Países Bajos; AT = Austria; PL = Polonia; PT = Portugal; SI = Eslovenia; SK = Eslovaquia; FI = Finlandia; SE = Suecia; UK = Reino Unido; IS = Islandia; LI = Liechtenstein; NO = Noruega; CH = Suiza.
- (<sup>1 bis</sup>) Para los nacionales españoles, indicar los dos apellidos de nacimiento. Para los nacionales portugueses, indicar el nombre completo (nombre, apellido y apellido de soltera) en el orden en el que aparecen en el documento de identidad o el pasaporte.
- (<sup>2</sup>) En el caso de localidades portuguesas, indicar también la parroquia y el municipio.
- (<sup>3</sup>) Si el formulario va destinado a una institución checa, indicar el número de nacimiento; a una institución chipriota, indicar el número de identificación en el caso de los ciudadanos chipriotas, y el número del certificado de registro de extranjeros en el caso de los ciudadanos no chipriotas; a una institución danesa, indicar el número *CPR*; a una institución finlandesa, indicar el número del registro de población; a una institución sueca, indicar el número personal (*personnummer*); a una institución islandesa, indicar el número de identificación personal (*kennitala*); a una institución letona, indicar el número de identidad; a una institución de Liechtenstein, indicar el número de seguro *AHV*; a una institución lituana, indicar el número de identificación personal; a una institución húngara, indicar el número de identificación de la seguridad social (*TAJ*); a una institución maltesa, indicar el número del documento de identidad en el caso de los ciudadanos malteses, y el de la seguridad social, en el caso de los ciudadanos no malteses; a una institución noruega, indicar el número de identificación personal (*fødselsnummer*); a una institución belga, indicar el número de la seguridad social nacional (*NISS*); a una institución alemana del régimen general de seguros de pensiones, indicar el número de seguro (*VSNR*); a una institución española, indicar el número que figura en el documento nacional de identidad (DNI), o el NIE en el caso de los ciudadanos no españoles, aun cuando el documento esté caducado; a una institución polaca, indicar los números *PESEL* y *NIP*; a una institución portuguesa, indicar también el número de registro en el régimen general de pensiones, si el interesado ha estado asegurado en virtud del sistema de seguridad social de los funcionarios públicos de Portugal; a una institución eslovaca, indicar el número de nacimiento; a una institución eslovena, indicar el número de identificación personal (*EMŠO*); a una institución suiza, indicar el número de seguro *AVS/AI (AHV/IV)*.
- (<sup>4</sup>) Calle, número, código postal, localidad, país.
- (<sup>5</sup>) O el médico de la caja designado por el organismo de enlace.
- (<sup>6</sup>) En Eslovenia, es el médico elegido.
-





**B. Certificación**

Deberá cumplimentarla el médico designado por el organismo de enlace <sup>(4)</sup> del país de residencia de la persona examinada y enviarse a la institución indicada en el recuadro 3. En función de la edad de la persona a la que se refiere el certificado, debe cumplimentarse la parte I o la parte II. En función del estado de salud de las personas mayores de 16 años, debe cumplimentarse la parte II.a) o la parte II.b). Además, véase información.

**I. Personas menores de 16 años**

4.	Discapacidad
4.1.	Edad del niño cuando se realizó el examen:..... años ..... meses Peso del niño: ..... Estatura .....
4.2.	La duración probable de la incapacidad mental o física por causa de malformación congénita, enfermedad crónica o daños funcionales será superior a doce meses: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
4.3.	Precisa asistencia o cuidados permanentes para satisfacer necesidades básicas que le permitan vivir de una manera adecuada con arreglo a su edad: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

**II. Personas mayores de 16 años**

**a) Nivel de discapacidad grave (debido a una discapacidad física)**

4.4.	Capacidad limitada para trabajar: a) es incapaz de trabajar <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No b) sólo es capaz de trabajar en condiciones de trabajo protegido <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
4.5.	Para realizar funciones sociales precisa: a) cuidados permanentes y asistencia de otras personas <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No b) cuidados a largo plazo y asistencia de otras personas <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
4.6.	Es incapaz de vivir de manera independiente <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

**b) Nivel de discapacidad medio (debido a una discapacidad física)**

4.7.	Capacidad limitada para trabajar: a) es incapaz de trabajar <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No b) sólo es capaz de trabajar en condiciones de trabajo protegido <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
4.8.	Para realizar funciones sociales precisa: a) cuidados temporales y asistencia de otras personas <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No b) cuidados parciales y asistencia de otras personas <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
4.9.	Período en el que se produjo la discapacidad: antes de los 16 años <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

5.	
5.1.	Apellidos y nombre del médico: .....
5.2.	Dirección <sup>(3)</sup> : .....
5.3.	Sello:
5.4.	Fecha: .....
5.5.	Firma: .....

## INSTRUCCIONES

**El formulario deberá cumplimentarse en caracteres de imprenta, utilizando únicamente las líneas de puntos o indicando, en su caso, «Sí» o «No». Deberá cumplimentarse en la lengua del médico que extiende el certificado.**

## NOTAS

- (<sup>1</sup>) Para los nacionales españoles, indicar los dos apellidos de nacimiento. Para los nacionales portugueses, indicar el nombre completo (nombre, apellido y apellido de soltera) en el orden en el que aparecen en el documento de identidad o el pasaporte.
- (<sup>2</sup>) En el caso de localidades portuguesas, indicar también la parroquia y el municipio.
- (<sup>3</sup>) Calle, número, código postal, localidad, país.
- (<sup>4</sup>) O el médico de la caja designado por el organismo de enlace.

## INFORMACIÓN

De conformidad con la legislación polaca, las personas menores de 16 años se consideran discapacitadas si sufren algún tipo de incapacidad física o mental de una duración probable superior a doce meses debido a una malformación congénita, una enfermedad crónica o daños funcionales y precisan cuidados o asistencia permanentes para poder satisfacer las necesidades básicas que les permitan vivir de manera apropiada con arreglo a su edad.

Si se indica «Sí» en los recuadros 4.2 y 4.3 significa que se trata de una persona con discapacidad con arreglo a la legislación polaca.

Con respecto a las personas con discapacidad física o mental, la legislación polaca distingue tres grados de discapacidad: grave, media o leve.

- Una persona con discapacidad grave es aquella que presenta una incapacidad física que le impide trabajar, o hacerlo únicamente en condiciones de empleo protegido, es incapaz de vivir de manera autónoma, y precisa cuidados y ayuda permanentes o de larga duración para poder desarrollar sus funciones sociales.
- Una persona con discapacidad media es aquella que presenta una incapacidad física que le impide trabajar, o hacerlo únicamente en condiciones de empleo protegido, es incapaz de vivir de manera autónoma, y precisa cuidados y ayuda temporal o parcial para poder desarrollar sus funciones sociales.

Si se indica «Sí» en los recuadros: — 4.4 a), 4.5 a), 4.6; o 4.4 a), 4.5 b), 4.6; o 4.4 b), 4.5 a), 4.6; o 4.4 b), 4.5 b), 4.6 significa que se trata de una persona con discapacidad grave; — 4.7 a) o 4.7 b), 4.8 a) o 4.8 b) significa que se trata de una persona con discapacidad media.

---





**CERTIFICACIÓN RELATIVA A LA TOTALIZACIÓN DE LOS PERÍODOS DE SEGURO, DE ACTIVIDAD POR CUENTA PROPIA O AJENA, O BIEN A OCUPACIONES SUCESIVAS EN VARIOS ESTADOS MIEMBROS ENTRE LAS FECHAS DE PAGO PREVISTAS EN LA LEGISLACIÓN DE DICHS ESTADOS**

Reglamento (CEE) nº 1408/71: artículo 12; artículo 72  
Reglamento (CEE) nº 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. Esta parte deberá cumplimentarla la institución competente para la concesión de prestaciones familiares a la que está afiliado el asegurado**

1.	<input type="checkbox"/> Trabajador por cuenta ajena	<input type="checkbox"/> Trabajador por cuenta propia	<input type="checkbox"/> Desempleado
1.1.	Apellido(s) <sup>(1 bis)</sup> : .....		
1.2.	Nombre: .....	Apellidos anteriores <sup>(1 bis)</sup> : .....	Lugar de nacimiento <sup>(2)</sup> : .....
1.3.	Fecha de nacimiento: .....	Sexo: .....	Nacionalidad: .....
			Número de identificación o de seguro <sup>(3)</sup> : .....
1.4.	Estado civil	<input type="checkbox"/> soltero/a	<input type="checkbox"/> casado/a
		<input type="checkbox"/> divorciado/a	<input type="checkbox"/> separado/a
			<input type="checkbox"/> viudo/a
			<input type="checkbox"/> conviviente <sup>(4)</sup> <sup>(5)</sup>
1.5.	Dirección <sup>(6)</sup> : .....		

2.	Beneficiario de las prestaciones familiares		
2.1.	Apellido(s) <sup>(1 bis)</sup> : .....		
2.2.	Nombre: .....	Apellidos anteriores <sup>(1 bis)</sup> : .....	Lugar de nacimiento <sup>(2)</sup> : .....
2.3.	Fecha de nacimiento: .....	Sexo: .....	Nacionalidad: .....
			Número de identificación o de seguro <sup>(3)</sup> : .....
2.4.	Dirección <sup>(6)</sup> : .....		

3.	Período sobre el que se solicita la información		
3.1.	Del ..... al .....		
3.2.	Nombre y dirección del empleador <sup>(7)</sup> : .....		
3.2.	Tipo de actividad por cuenta propia <sup>(7)</sup> : .....		

4.	Institución a la que estaba afiliado anteriormente el asegurado en virtud de un actividad por cuenta ajena o por cuenta propia		
4.1.	Denominación: .....		
4.2.	Dirección <sup>(6)</sup> : .....		

5.	Institución del lugar de residencia de los miembros de la familia		
5.1.	Denominación: .....		
5.2.	Dirección <sup>(6)</sup> : .....		

6. Institución a la que está afiliado actualmente el asegurado

6.1. Denominación: .....

6.2. Dirección (º): .....

6.3. Número de referencia del expediente: .....

6.4. Sello:

6.5. Fecha: .....

6.6. Firma: .....

**B. Esta parte deberá cumplimentarla la institución competente para la concesión de prestaciones familiares a la que estaba afiliado el asegurado anteriormente**

7.

7.1. Certificamos que el asegurado cuyos datos figuran en el recuadro 1 ha estado asegurado del ..... al ..... (º) .....

7.2. en (º) .....

7.3.  Tiene derecho a prestaciones familiares  No tiene derecho a prestaciones familiares

7.4. Le han sido abonadas prestaciones familiares del..... al .....

7.5. Miembros de la familia por los que se abonaron las prestaciones familiares:

7.5.1. Apellido(s)	Nombre	Fecha de nacimiento	Importe mensual
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

7.5.2. ¿Están los importes revalorizados? .....

8. Institución a la que estaba afiliado anteriormente el asegurado en virtud de un actividad por cuenta ajena o por cuenta propia

8.1. Denominación: .....

8.2. Dirección (º): .....

8.3. Sello:

8.4. Fecha: .....

8.5. Firma: .....

9. Observaciones: .....

INSTRUCCIONES

El formulario deberá cumplimentarse en caracteres de imprenta, utilizando únicamente las líneas de puntos. Se compone de tres páginas; ninguna de ellas podrá suprimirse aun cuando no contenga ninguna mención útil.

NOTAS

- (1) Código del país al que pertenece la institución que cumplimenta el formulario: BE = Bélgica; CZ = República Checa; DK = Dinamarca; DE = Alemania; EE = Estonia; GR = Grecia; ES = España; FR = Francia; IE = Irlanda; IT = Italia; CY = Chipre; LV = Letonia; LT = Lituania; LU = Luxemburgo; HU = Hungría; MT = Malta; NL = Países Bajos; AT = Austria; PL = Polonia; PT = Portugal; SI = Eslovenia; SK = Eslovaquia; FI = Finlandia; SE = Suecia; UK = Reino Unido; IS = Islandia; LI = Liechtenstein; NO = Noruega; CH = Suiza.
- (1 bis) Para los nacionales españoles, indicar los dos apellidos de nacimiento.  
Para los nacionales portugueses, indicar todos los apellidos (nombre, apellido, apellido de soltera) en el orden en el que aparecen en el documento de identidad o el pasaporte.
- (2) Para las localidades portuguesas, indicar la parroquia y el municipio.
- (3) Si el formulario va destinado a una institución checa, indicar el número de nacimiento; a una institución chipriota, indicar el número de identificación en el caso de los ciudadanos chipriotas, y el número del certificado de registro de extranjeros en el caso de los ciudadanos no chipriotas; a una institución danesa, indicar el número CPR; a una institución finlandesa, indicar el número del registro de población; a una institución sueca, indicar el número personal (*personnummer*); a una institución islandesa, indicar el número de identificación personal (*kennitala*); a una institución letona, indicar el número de identidad; a una institución de Liechtenstein, indicar el número de seguro AHV; a una institución lituana, indicar el número de identificación personal; a una institución húngara, indicar el número de identificación de la seguridad social (*TAJ*); a una institución maltesa, indicar el número del documento de identidad en el caso de los ciudadanos malteses, y el de la seguridad social, en el caso de los ciudadanos no malteses; a una institución noruega, indicar el número de identificación personal (*fødselsnummer*); a una institución belga, indicar el número de la seguridad social nacional (*NISS*); a una institución alemana del régimen general de seguros de pensiones, indicar el número de seguro (*VSNR*); a una institución española, indicar el número que figura en el documento nacional de identidad (DNI), o el NIE en el caso de los ciudadanos no españoles, aun cuando el documento esté caducado; a una institución polaca, indicar los números PESEL y NIP; a una institución portuguesa, indicar también el número de registro en el régimen general de pensiones, si el interesado ha estado asegurado en virtud del sistema de seguridad social de los funcionarios públicos de Portugal; a una institución eslovaca, indicar el número de nacimiento; a una institución eslovena, indicar el número de identificación personal (*EMŠO*); a una institución suiza, indicar el número de seguro AVS/AI (*AHV/IV*).
- (4) Si va destinado a instituciones checas, danesas, islandesas o noruegas.
- (5) Esta información deberá proceder de una declaración del interesado.
- (6) Calle, número, código postal, localidad, país.
- (7) Para el período anterior al traslado del trabajador al Estado miembro a cuya legislación está sujeto en la actualidad.
- (8) a) Si va dirigido a instituciones griegas, indicar el número de días de trabajo cubiertos durante el año civil anterior al de la solicitud de las prestaciones familiares.  
b) Si va dirigido a instituciones belgas, indicar en el recuadro siguiente el número de días de trabajo por cuenta ajena o por cuenta propia:

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

- c) Si va dirigido a instituciones francesas, indicar en el recuadro siguiente el número de días y horas de trabajo por cuenta ajena, así como la remuneración bruta recibida:

	Número de días de trabajo por cuenta ajena	Número de horas de trabajo por cuenta ajena	Remuneración bruta recibida
Durante el último mes			
Durante los últimos tres meses			
Durante los últimos seis meses			

- (9) País en el que se ha ejercido la actividad de que se trata.



**CERTIFICACIÓN RELATIVA A LOS BENEFICIARIOS DE UN PERMISO PARENTAL A EFECTOS DE LA CONCESIÓN DE PRESTACIONES FAMILIARES**

Reglamento (CEE) n° 1408/71: artículo 12; artículo 72; artículo 73  
Reglamento (CEE) n° 574/72: artículo 10 bis; artículo 85; artículo 86

*Deberá utilizarse para la concesión de prestaciones familiares con arreglo a la legislación polaca.*

**A. Solicitud de la certificación**

1.	Solicitante de las prestaciones familiares <input type="checkbox"/> Trabajador por cuenta ajena		
1.1.	Apellido(s) <sup>(1)</sup> : .....		
1.2.	Nombre: .....	Apellidos anteriores <sup>(1)</sup> : .....	Lugar de nacimiento <sup>(2)</sup> : .....
1.3.	Fecha de nacimiento: Sexo: .....	Nacionalidad: .....	Números PESEL y NIP: .....
1.4.	Estado civil <input type="checkbox"/> soltero/a <input type="checkbox"/> divorciado/a	<input type="checkbox"/> casado/a <input type="checkbox"/> separado/a	<input type="checkbox"/> viudo/a <input type="checkbox"/> conviviente <sup>(3)</sup> <sup>(4)</sup>
1.5.	Dirección <sup>(5)</sup> : ..... .....		

2.	Persona a la que se expide la certificación		
2.1.	Apellido(s) <sup>(1)</sup> : .....		
2.2.	Nombre: .....	Apellidos anteriores <sup>(1)</sup> : .....	Lugar de nacimiento <sup>(2)</sup> : .....
2.3.	Fecha de nacimiento: Sexo: .....	Nacionalidad: .....	Números PESEL y NIP: .....
2.4.	Dirección <sup>(5)</sup> : ..... .....		
2.5.	Período al que se refiere la certificación: del ..... al .....		

3.	Institución competente para la concesión de prestaciones familiares		
3.1.	Denominación: .....		
3.2.	Dirección <sup>(5)</sup> : .....		
3.3.	Número de referencia del expediente: .....		
3.4.	Sello:	3.5. Fecha:	.....
		3.6. Firma:	.....

**B. Certificación**

Deberá cumplimentarla la institución competente para la concesión de prestaciones familiares a la que estaba afiliada anteriormente el interesado

4.	Certificamos que la persona citada en el recuadro 2		
4.1.	fue trabajador asalariado en el período del .....	al .....	( <sup>6</sup> )
	en .....		( <sup>7</sup> )
5.	La persona citada en el recuadro 2		
5.1.	ejerce actualmente una actividad por cuenta ajena o se dedica a otra actividad laboral remunerada	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no
5.2.	disfruta actualmente de un permiso parental ( <sup>8</sup> )	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no
6.	Denominación de la institución a la que estaba afiliada en último lugar como trabajador por cuenta ajena la persona mencionada en el recuadro 2		
6.1.	Denominación: .....		
6.2.	Dirección ( <sup>5</sup> ): .....		
6.3.	Sello:		6.4. Fecha:
			.....
			6.5. Firma:
			.....

**INSTRUCCIONES**

**El formulario deberá cumplimentarse en caracteres de imprenta, utilizando únicamente las líneas de puntos. Se compone de dos páginas; ninguna de ellas podrá suprimirse aun cuando no contenga ninguna mención útil.**

**NOTAS**

- (<sup>1</sup>) Para los nacionales españoles, indicar los dos apellidos de nacimiento. Para los nacionales portugueses, indicar todos los apellidos (nombre, apellido, apellido de soltera) en el orden en el que aparecen en el documento de identidad o el pasaporte.
- (<sup>2</sup>) Para las localidades portuguesas, indicar la parroquia y el municipio.
- (<sup>3</sup>) Si va destinado a instituciones neerlandesas, islandesas, noruegas o polacas.
- (<sup>4</sup>) La información se basa en la declaración del interesado.
- (<sup>5</sup>) Calle, número, código postal, localidad, país.
- (<sup>6</sup>) Indicar las fechas exactas (día/mes/año).
- (<sup>7</sup>) País en el que se llevó a cabo la actividad en cuestión.
- (<sup>8</sup>) Hace referencia a las prestaciones concedidas a un hijo cuando uno de los progenitores disfruta de un permiso parental.



**CERTIFICACIÓN DE REALIZACIÓN DE EXÁMENES MÉDICOS POSNATALES**

Reglamento (CEE) n° 1408/71: artículo 73; artículo 74  
Reglamento (CEE) n° 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 ser sometido a exámenes médicos posnatales, uno a la edad de nueve o diez meses y otro a la edad de veinticuatro o veinticinco meses. Si no se cumple esta obligación en los plazos señalados se perderá parte de los derechos. Para tener derecho a las prestaciones familiares eslovacas en virtud de la legislación eslovaca, el niño debe estar registrado oficialmente como paciente de un médico y someterse periódicamente a reconocimientos médicos preventivos y a las inoculaciones correspondientes al régimen de vacunación obligatorio.

**A. Solicitud de certificación**

1.	<input type="checkbox"/> Trabajador por cuenta ajena	<input type="checkbox"/> Trabajador por cuenta propia
1.1.	Apellido(s) <sup>(1 bis)</sup> .....	
1.2.	Nombre:	Apellidos anteriores <sup>(1 bis)</sup>
		Lugar de nacimiento <sup>(1 ter)</sup> .....
1.3.	Fecha de nacimiento: Sexo:	Nacionalidad:
		Número de identificación/seguro <sup>(1 quater)</sup> .....
1.4.	Dirección <sup>(2)</sup> : .....	

2.	Hijo para el que se solicita la presente certificación		
2.1.	Apellido(s) <sup>(1 bis)</sup> : .....		
2.2.	Nombre: .....		
2.3.	Lugar de nacimiento <sup>(1 ter)</sup> :	Fecha de nacimiento:	Sexo:
			Número de identificación o de seguro <sup>(1 quater)</sup> : .....
2.4.	Dirección <sup>(2)</sup> : .....		

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

**B. Certificación**

Debe cumplimentarla el médico que trata al niño o el médico elegido por la persona que tiene su custodia.

4.

- 4.1. El niño cuyos datos aparecen en el recuadro 2 fue sometido el .....
- 4.2.  a un examen médico a la edad de 9 o 10 meses
- 4.3.  a un examen médico a la edad de 24 o 25 meses

5.

- 5.1. Apellidos y nombre del médico: .....
- 5.2. Dirección <sup>(2)</sup>: .....
- .....
- 5.3. Fecha: .....
- 5.4. Firma: .....

**INSTRUCCIONES**

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

**NOTAS**

- <sup>(1)</sup> Código del país a cuya legislación está sometido el trabajador: FR = Francia; SK = Eslovaquia.
- <sup>(1 bis)</sup> Para los nacionales españoles, indicar los dos apellidos de nacimiento. Para los nacionales portugueses, indicar el nombre completo (nombre, apellido y apellido de soltera) en el orden en el que aparecen en el documento de identidad o el pasaporte.
- <sup>(1 ter)</sup> Cuando se trate de distritos portugueses, indicar también la parroquia y el municipio.
- <sup>(1 quater)</sup> Si el formulario va destinado a una institución checa, indicar el número de nacimiento; a una institución chipriota, indicar el número de identificación en el caso de los ciudadanos chipriotas, y el número del certificado de registro de extranjeros en el caso de los ciudadanos no chipriotas; a una institución danesa, indicar el número CPR; a una institución finlandesa, indicar el número del registro de población; a una institución sueca, indicar el número personal (*personnummer*); a una institución islandesa, indicar el número de identificación personal (*kennitala*); a una institución letona, indicar el número de identidad; a una institución de Liechtenstein, indicar el número de seguro AHV; a una institución lituana, indicar el número de identificación personal; a una institución húngara, indicar el número de identificación de la seguridad social (*TAJ*); a una institución maltesa, indicar el número del documento de identidad en el caso de los ciudadanos malteses, y el de la seguridad social, en el caso de los ciudadanos no malteses; a una institución noruega, indicar el número de identificación personal (*fødselsnummer*); a una institución belga, indicar el número de la seguridad social nacional (*NISS*); a una institución alemana del régimen general de seguros de pensiones, indicar el número de seguro (*VSNR*); a una institución española, indicar el número que figura en el documento nacional de identidad (DNI), o el NIE en el caso de los ciudadanos no españoles, aun cuando el documento esté caducado; a una institución polaca, indicar los números PESEL y NIP; a una institución portuguesa, indicar también el número de registro en el régimen general de pensiones, si el interesado ha estado asegurado en virtud del sistema de seguridad social de los funcionarios públicos de Portugal; a una institución eslovaca, indicar el número de nacimiento; a una institución eslovena, indicar el número de identificación personal (*EMŠO*); a una institución suiza, indicar el número de seguro AVS/AI (*AHV/IV*).
- <sup>(2)</sup> Calle, número, código postal, localidad, país.



**CERTIFICADO MÉDICO PARA LA CONCESIÓN DE UN SUBSIDIO FAMILIAR ESPECIAL O DE SUBSIDIOS FAMILIARES  
INCREMENTADOS PARA HIJOS CON MINUSVALÍAS**

*Reglamento (CEE) nº 1408/71: artículo 73; artículo  
Reglamento (CEE) nº 574/72: artículo 86; artículo 88*

**A. Solicitud de certificación**

Debe cumplimentarla la institución competente para la concesión de las prestaciones familiares.

1.  Trabajador por cuenta ajena  Trabajador por cuenta propia

1.1. Apellido(s) <sup>(1 bis)</sup> :	.....		
1.2. Nombre:	Apellidos anteriores <sup>(1 bis)</sup> :	Lugar de nacimiento <sup>(1 ter)</sup> :	
.....			
1.3. Fecha de nacimiento:	Sexo:	Nacionalidad:	Número de identificación o de seguro <sup>(1 quater)</sup> :
.....			
1.4. Dirección <sup>(2)</sup> :	.....		
.....			

2. Hijo para el que se solicita la presente certificación

2.1. Apellido(s) <sup>(1 bis)</sup> :	.....		
2.2. Nombre:	.....		
2.3. Lugar de nacimiento <sup>(1 ter)</sup> :	Fecha de nacimiento:	Sexo:	Número de identificación o de seguro <sup>(1 quater)</sup> :
.....			
2.4. Dirección <sup>(2)</sup> :	.....		
.....			

3. Institución competente para la concesión de las prestaciones familiares

3.1. Denominación:	.....		
3.2. Dirección <sup>(2)</sup> :	.....		
.....			
3.3. Número de referencia del expediente:	.....		
3.4. Sello:	3.5. Fecha:		
.....			
3.6. Firma:			
.....			

B. Certificación

El médico designado por la institución del lugar de residencia del niño examinado deberá cumplimentar esta página y la siguiente y enviarlas a la institución mencionada en el recuadro 3. Se adjuntará todo justificante médico reciente (fotografías, radiografías, resultados de reconocimientos médicos, etc.) (4).

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

¿Puede el niño sentarse sin ayuda?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	¿Camina?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Habla?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	¿Se viste solo?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Come solo?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	¿Escribe?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No (3)
			¿Es incontinente?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No (3)

4.4. Asistencia

¿Requiere el niño, por su estado, la asistencia de otra persona?     Sí     No

¿Asistencia constante?     Sí     No      ¿Diaria pero no continua?     Sí     No

¿Requiere otras medidas? (especificar): .....

4.5. Naturaleza de la discapacidad principal

La discapacidad del niño es de naturaleza

sensorial      visual: .....

                  auditiva: .....

motriz: .....

mental      nivel mental: .....

                  comportamiento: .....

de otro tipo: .....

4.6. Origen de la discapacidad (3)

— anomalía congénita: .....     Sí     No

— enfermedad: .....     Sí     No

    fecha de aparición de la discapacidad: .....

    fecha del diagnóstico:      mes: .....      año: .....

    inicio del tratamiento:      mes: .....      año: .....

— accidente: .....     Sí     No

    fecha del accidente: .....

4.7. Discapacidades asociadas

¿Cuáles? .....

Otras deficiencias: .....

4.8. Otras observaciones

Discapacidades en la familia: .....

Exámenes complementarios realizados anteriormente: .....

(en su caso, adjuntar copias de los informes de los mismos)

4.9. Tratamiento, incluidas rehabilitación y readaptación. ¿Qué tipos de tratamiento se aplican?

.....

¿Desde qué fecha? .....

¿Qué tipos de tratamiento se aconsejan? .....

— Cirugía: .....

.....

— Hospitalizaciones (en los tres últimos años): .....

— Tratamiento a domicilio (medicamentos, etc.): ..... ¿Desde qué fecha? ...../...../.....

..... ¿Desde qué fecha? ...../...../.....

..... ¿Desde qué fecha? ...../...../.....

— Rehabilitación:                      Inicio                                      Frecuencia                                      ¿Dónde?

Logopedia: .....

Fisioterapia: .....

Terapia ocupacional: .....

(Psico)terapia: .....

primera ayuda a domicilio: .....

4.10. Medidas de educación y formación

¿Qué tipos de educación y formación se facilitan? .....

.....

¿Desde qué fecha? .....

¿Qué educación y formación se aconsejan? .....

4.11. Pronóstico

Especifíquese: .....

.....

4.12. Código de enfermedad de la CIE (Clasificación internacional de enfermedades — OMS):

4.13. Inicio de la enfermedad:

4.14. Fecha del próximo control:

5.

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

5.2. Dirección (²): .....

.....

5.3. Fecha: .....

5.4. Firma: .....

.....

## INSTRUCCIONES

**El formulario deberá cumplimentarse en caracteres de imprenta, utilizando únicamente las líneas de puntos. No podrá suprimirse ninguna de las cuatro páginas de que consta, aunque no contenga ningún dato relevante. Deberá cumplimentarse en la lengua del médico que expide el certificado.**

## NOTAS

- (<sup>1</sup>) Código del país al que pertenece la institución que cumplimenta el formulario: BE = Bélgica; CZ = República Checa; DK = Dinamarca; DE = Alemania; EE = Estonia; GR = Grecia; ES = España; FR = Francia; IE = Irlanda; IT = Italia; CY = Chipre; LV = Letonia; LT = Lituania; LU = Luxemburgo; HU = Hungría; MT = Malta; NL = Países Bajos; AT = Austria; PL = Polonia; PT = Portugal; SI = Eslovenia; SK = Eslovaquia; FI = Finlandia; SE = Suecia; UK = Reino Unido; IS = Islandia; LI = Liechtenstein; NO = Noruega; CH = Suiza.
- (<sup>1bis</sup>) Para los nacionales españoles, indicar los dos apellidos de nacimiento.  
Para los nacionales portugueses, indicar el nombre completo (nombre, apellido y apellido de soltera) en el orden del registro civil, tal como aparece en el documento de identidad o el pasaporte.
- (<sup>1ter</sup>) En el caso de localidades portuguesas, indicar también la parroquia y el municipio.
- (<sup>1quater</sup>) Si el formulario va destinado a una institución checa, indicar el número de nacimiento; a una institución chipriota, indicar el número de identificación en el caso de los ciudadanos chipriotas, y el número del certificado de registro de extranjeros en el caso de los ciudadanos no chipriotas; a una institución danesa, indicar el número *CPR*; a una institución finlandesa, indicar el número del registro de población; a una institución sueca, indicar el número personal (*personnummer*); a una institución islandesa, indicar el número de identificación personal (*kennitala*); a una institución letona, indicar el número de identidad; a una institución de Liechtenstein, indicar el número de seguro *AHV*; a una institución lituana, indicar el número de identificación personal; a una institución húngara, indicar el número de identificación de la seguridad social (*TAJ*); a una institución maltesa, indicar el número del documento de identidad en el caso de los ciudadanos malteses, y el de la seguridad social, en el caso de los ciudadanos no malteses; a una institución noruega, indicar el número de identificación personal (*fødselsnummer*); a una institución belga, indicar el número de la seguridad social nacional (*NISS*); a una institución alemana del régimen general de seguros de pensiones, indicar el número de seguro (*VSNR*); a una institución española, indicar el número que figura en el documento nacional de identidad (DNI), o el NIE en el caso de los ciudadanos no españoles, aun cuando el documento esté caducado; a una institución polaca, indicar los números *PESEL* y *NIP*; a una institución portuguesa, indicar también el número de registro en el régimen general de pensiones, si el interesado ha estado asegurado en virtud del sistema de seguridad social de los funcionarios públicos de Portugal; a una institución eslovaca, indicar el número de nacimiento; a una institución eslovena, indicar el número de identificación personal (*EMŠO*); a una institución suiza, indicar el número de seguro *AVS/AI (AHV/IV)*. En caso de que no se posea, indicar expresamente «ninguno».
- (<sup>2</sup>) Calle, número, código postal, localidad, país.
- (<sup>3</sup>) Debe completarse únicamente si la institución competente para la concesión de las prestaciones familiares es belga o eslovaca.
- (<sup>4</sup>) En Eslovenia, la cumplimenta una comisión médica nombrada por el Ministro de Trabajo, Familia y Asuntos Sociales.



4. Información relativa a la actividad realizada en el país de residencia de los miembros de la familia

4.1. Empleador: .....

4.2. Dirección (4): .....  
.....

4.3. Actividad por cuenta propia: .....

4.4. Actividad considerada como actividad principal en los términos de la Decisión nº 119 (15):  
.....

5. Institución competente

5.1. Denominación: .....

5.2. Dirección (4): .....  
.....

5.3. Número de referencia del expediente (8): .....

5.4. Sello: .....  
5.5. Fecha: .....  
5.6. Firma: .....

**B. Certificación**

Deberá cumplimentarla la institución competente del lugar de residencia de los miembros de la familia o el empleador de la persona mencionada en el recuadro 2 (9).

6. Certificación expedida por el empleador o por la institución competente para el pago de las prestaciones familiares en el lugar de residencia de los miembros de la familia.

6.1. Durante el período comprendido entre el ..... y el ....., la persona mencionada en el recuadro 2:  
 desempeñó una actividad profesional (o una actividad considerada como tal en los términos de la Decisión nº 119) (15)  
desde ..... hasta .....  
 no desempeñó una actividad profesional (o una actividad considerada como tal en los términos de la Decisión nº 119) (15)  
desde ..... hasta .....

6.2. Por lo que respecta al período comprendido entre el ..... y el ..... la persona mencionada en el recuadro 2:  
 tiene derecho a prestaciones familiares para los miembros de la familia  
 importe total de las prestaciones familiares: .....  
 no tiene derecho a prestaciones familiares por los siguientes motivos:  
.....  
 no ha presentado ninguna solicitud (10)  
.....

6.3. Ingresos de las personas mencionadas en los recuadros 2 y 3 (4 bis)  
.....

7. Datos relativos a las prestaciones familiares indicadas en el recuadro 6, desglosados por cada miembro de la familia <sup>(11)</sup>

	Apellido(s)	Nombre	Fecha de nacimiento	Parentesco	Lugar de residencia
1.	.....	.....	.....	.....	.....
2.	.....	.....	.....	.....	.....
3.	.....	.....	.....	.....	.....
4.	.....	.....	.....	.....	.....
5.	.....	.....	.....	.....	.....
6.	.....	.....	.....	.....	.....

Datos adicionales sobre cada miembro de la familia:

	Miembro de la familia	Tipo de prestaciones <sup>(14)</sup>	Importe <sup>(12)</sup>	Periodicidad (semanal/ mensual)
1.	.....	.....	.....	.....
2.	.....	.....	.....	.....
3.	.....	.....	.....	.....
4.	.....	.....	.....	.....
5.	.....	.....	.....	.....
6.	.....	.....	.....	.....

8. Empleador de la persona mencionada en el recuadro 2 <sup>(9)</sup>

8.1. Nombre del empleador (si se trata de una empresa, razón social): .....

8.2. Dirección <sup>(4)</sup>: .....

8.3. Sello: .....

8.4. Fecha: .....

8.5. Firma: .....

9. Institución del lugar de residencia de los miembros de la familia <sup>(13)</sup>

9.1. Denominación: .....

9.2. Dirección <sup>(4)</sup>: .....

9.3. Número de referencia del expediente: .....

9.4. Sello: .....

9.5. Fecha: .....

9.6. Firma: .....

INSTRUCCIONES

El formulario deberá cumplimentarse en caracteres de imprenta, utilizando únicamente las líneas de puntos. No podrá suprimirse ninguna de las cinco páginas de que consta, aunque no contenga ningún dato relevante.

NOTAS

- (1) Código del país al que pertenece la institución que cumplimenta el formulario: BE = Bélgica; CZ = República Checa; DK = Dinamarca; DE = Alemania; EE = Estonia; GR = Grecia; ES = España; FR = Francia; IE = Irlanda; IT = Italia; CY = Chipre; LV = Letonia; LT = Lituania; LU = Luxemburgo; HU = Hungría; MT = Malta; NL = Países Bajos; AT = Austria; PL = Polonia; PT = Portugal; SI = Eslovenia; SK = Eslovaquia; FI = Finlandia; SE = Suecia; UK = Reino Unido; IS = Islandia; LI = Liechtenstein; NO = Noruega; CH = Suiza.
- (1 bis) Para los nacionales españoles, indicar los dos apellidos de nacimiento. Para los nacionales portugueses, indicar el nombre completo (nombre, apellido y apellido de soltera) en el orden en el que aparecen en el documento de identidad o el pasaporte.
- (2) En el caso de localidades portuguesas, indicar también la parroquia y el municipio.
- (3) Si el formulario va destinado a una institución checa, indicar el número de nacimiento; a una institución chipriota, indicar el número de identificación en el caso de los ciudadanos chipriotas, y el número del certificado de registro de extranjeros en el caso de los ciudadanos no chipriotas; a una institución danesa, indicar el número CPR; a una institución finlandesa, indicar el número del registro de población; a una institución sueca, indicar el número personal (*personnummer*); a una institución islandesa, indicar el número de identificación personal (*kennitala*); a una institución letona, indicar el número de identidad; a una institución de Liechtenstein, indicar el número de seguro AHV; a una institución lituana, indicar el número de identificación personal; a una institución húngara, indicar el número de identificación de la seguridad social (*TAJ*); a una institución maltesa, indicar el número del documento de identidad en el caso de los ciudadanos malteses, y el de la seguridad social, en el caso de los ciudadanos no malteses; a una institución noruega, indicar el número de identificación personal (*fødselsnummer*); a una institución belga, indicar el número de la seguridad social nacional (*NISS*); a una institución alemana del régimen general de seguros de pensiones, indicar el número de seguro (*VSNR*); a una institución española, indicar el número que figura en el documento nacional de identidad (DNI), o el NIE en el caso de los ciudadanos no españoles, aun cuando el documento esté caducado; a una institución polaca, indicar los números PESEL y NIP; a una institución portuguesa, indicar también el número de registro en el régimen general de pensiones, si el interesado ha estado asegurado en virtud del sistema de seguridad social de los funcionarios públicos de Portugal; a una institución eslovaca, indicar el número de nacimiento; a una institución eslovena, indicar el número de identificación personal (*EMŠO*); a una institución suiza, indicar el número de seguro AVS/AI (*AHV/IV*).
- (4) Calle, número, código postal, localidad, país. Si el formulario está destinado a una institución húngara, indicar también la última dirección húngara.
- (4 bis) Para las instituciones checas, enviar la certificación de los ingresos de las personas especificadas en los apartados 2 y 3. Cuando se solicite la prestación hasta el 30 de septiembre del año en curso, la certificación de los ingresos debe corresponder al año civil previo al año anterior; cuando la solicitud se presente a partir del 1 de octubre del año en curso, dicha certificación debe referirse al año civil anterior. Indicar todos los tipos de ingresos en función de su fuente (actividad por cuenta propia o ajena, arrendamientos, becas, pagos por manutención, etc.), incluidas prestaciones sociales (prestaciones por desempleo, pensiones, subsidio de enfermedad, prestaciones familiares, etc.).
- (5) Indicar el parentesco de cada miembro de la familia con el trabajador, por medio de las abreviaturas siguientes:  
 A = hijo legítimo. En España y Polonia, 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 padre, sólo deberán mencionarse los hijos naturales cuando la paternidad o la obligación de alimentos del trabajador haya sido reconocida oficialmente).  
 E = hijo de un cónyuge que pertenece a la familia del trabajador.  
 F = nietos, hermanos y hermanas que el interesado haya acogido en su casa. También los sobrinos hasta el tercer grado de parentesco si la institución competente es una institución griega. Si la institución competente fuere polaca, únicamente nietos y hermanos cuyo tutor legal sea una persona con derecho o su cónyuge.  
 G = otros niños que formen parte permanentemente del hogar en pie de igualdad con los hijos del trabajador (niños acogidos). Si la institución competente fuere polaca, únicamente otros menores cuyo tutor legal sea una persona con derecho o su cónyuge.  
 H = para las instituciones checas, describir otras formas de custodia (custodia concedida a raíz de una decisión judicial a personas distintas de los padres, el tutor, el curador, etc.). Los demás parentescos (por ejemplo, abuelo) deberán indicarse sin abreviar.  
 De conformidad con la legislación checa, están equiparados los hijos legitimados y adoptivos que se mencionan en las letras B y C.
- (6) Para las instituciones noruegas, indicar únicamente los hijos menores de 16 años. Para las instituciones letonas, indicar únicamente los niños menores de 15 años y, si acuden a centros de enseñanza general o de formación profesional, no reciben becas y no están casados, los menores de 20 años.
- (7) Si alguno de los miembros de la familia no reside en la dirección señalada en el punto 2.3, indíquese la otra dirección. Para las instituciones letonas y noruegas, indicar si alguno de los hijos reside en un orfanato, un centro educativo especial u otro centro.

Apellidos y nombre:  
 .....  
 .....

Dirección (4):  
 .....  
 .....

- (<sup>8</sup>) Reservado a la institución remitente.
- (<sup>9</sup>) El empleador deberá cumplimentar la certificación únicamente en el caso de que esté obligado a abonar las prestaciones familiares del país de residencia.
- (<sup>10</sup>) En este caso la institución del lugar de residencia deberá indicar el importe de las prestaciones familiares que se hubieran concedido si se hubiera presentado una solicitud. Si carece de la información necesaria para ello, deberá señalar en el recuadro 7 las tarifas que contempla su legislación para cada miembro de la familia.
- (<sup>11</sup>) Para las prestaciones familiares noruegas, indicar únicamente el importe global.
- (<sup>12</sup>) En su caso, señalar las tarifas a las que alude la nota a pie de página 10.
- (<sup>13</sup>) Este recuadro deberá cumplimentarlo la institución del lugar de residencia de los miembros de la familia o, en su defecto, el organismo de enlace.
- (<sup>14</sup>) Para las instituciones eslovacas y checas, indicar el tipo de prestación familiar.
- (<sup>15</sup>) DO C 295 de 2.11.1983, p. 3.
-