

ZDRAVNIŠKO POTRDILO ZA NAMENE DODELJEVANJA DRUŽINSKIH DAJATEV PO POLJSKI ZAKONODAJI

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

Se uporablja za namene dodeljevanja družinskih dajatev glede na zdravje družinskih članov po poljski zakonodaji.

A. Prošnja za potrdilo

Izpolni poljski nosilec pristojen za dodeljevanje družinskih dajatev.

1.	Oseba, ki prosi za družinske dajatve			
	<input type="checkbox"/> zaposlena oseba	<input type="checkbox"/> upokojenec (sistem za zaposlene osebe)		
	<input type="checkbox"/> samozaposlena oseba	<input type="checkbox"/> upokojenec (sistem za samozaposlene osebe)		
	<input type="checkbox"/> drugo kot je zgoraj navedeno	<input type="checkbox"/> sirota		
1.1	Priimek ⁽¹⁾			
1.2	Imena	Prejšnja imena ⁽¹⁾	Kraj rojstva ⁽²⁾	
1.3	Datum rojstva	Spol	Nacionalnost	PESEL in NIP številka
1.4	Naslov ⁽³⁾			

2.	Oseba na katero se zdravniško potrdilo nanaša			
2.1	Priimek ⁽¹⁾			
2.2	Imena	Prejšnja imena in priimki ⁽¹⁾		
2.3	Kraj rojstva ⁽²⁾	Datum rojstva	Spol	
2.4	Naslov ⁽³⁾			

3.	Nosilec pristojen za dodeljevanje družinskih dajatev			
3.1	Ime			
3.2	Naslov ⁽³⁾			
3.3	Številka zadeve			
3.4	Žig			
		3.5 Datum		
			
		3.6 Podpis		
			

B. Potrdilo

Izpolni zdravnik, ki ga določi organ za zvezo (*) v državi prebivališča pregledane osebe in pošlje nosilcu, navedenem v okvirčku 3. Glede na starost osebe, na katero se potrdilo nanaša, se izpolni del I ali del II. Glede na zdravstveno stanje osebe starejše od 16 let, se izpolni del IIa ali del IIb.

I. Nanaša se na osebe mlajše od 16 let

4.	Duševna motenost ali telesna oviranost
4.1	Starost otroka na dan pregleda: leta meseci Teža otroka Višina
4.2	Pričakovano trajanje telesne oviranosti ali duševne motenosti, glede na prirojene nepravilnosti, dolgotrajno bolezen ali telesno poškodbo je več kot 12 mesecev <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne
4.3	Potrebna je trajna nega in pomoč za zagotovitev osnovnih življenjskih potreb na način primeren osebi te starosti <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne

II. Nanaša se na osebe starejše od 16 let**a. Težka stopnja oviranosti (glede na telesno oviranost)**

4.4	Omejena zaposlitev:	
	(a) nesposoben za delo	<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne
	(b) sposoben za delo kot varovana kategorija delavcev	<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne
4.5	On/Ona zahteva za zadovoljitev socialnih vlog naslednje:	
	(a) trajna nega in pomoč drugih	<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne
	(b) dolgotrajna nega in pomoč drugih	<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne
4.6	On/Ona je nezmožen živeti samostojno	<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne

b. Srednja stopnja oviranosti (glede na telesno oviranost)

4.7	Omejena zaposlitev:	
	(a) nesposoben za delo	<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne
	(b) sposoben za delo kot varovana kategorija delavcev	<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne
4.8	On/Ona zahteva za zadovoljitev socialnih vlog naslednje:	
	(a) začasna nega in pomoč drugih	<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne
	(b) delna nega in pomoč drugih	<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne
4.9	Čas nastopa oviranosti: Pred 16 letom	<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne

5.	
5.1	Priimek in imena zdravnika:
5.2	Naslov (³)
5.3	Žig
	5.4 Datum
	5.5 Podpis

NAVODILA

Prosimo, da obrazec izpolnite z velikimi tiskanimi črkami in pišete le na označena polja, na drugih mestih označite odgovor DA ali NE. Izpolniti v jeziku zdravnika, ki izdaja potrdilo.

O POMBE

- (¹) Pri španskih državljanih navedite oba priimka ob rojstvu. Pri portugalskih državljanih navedite vsa imena (imena, priimek, dekliniški priimek) glede na zaporedje osebnega statusa, kot so navedena na osebni izkaznici ali potnem listu.
- (²) Pri portugalskih upravnih enotah navedite tudi župnijo in občino.
- (³) Ulica, hišna številka, poštna številka, kraj, država.
- (⁴) Oziroma zdravnik iz sklada, ki ga imenuje organ za zvezo.

INFORMACIJE

Po poljski zakonodaji so osebe mlajše od 16 let obravnavane kot ovirane, če traja telesna oviranost ali duševna motenost dlje kot 12 mesecev glede na prirojene nepravilnosti, dolgotrajno bolezen ali telesno poškodbo in zahtevajo trajno nego ali pomoč za zagotovitev osnovnih življenjskih potreb, na način primeren osebi te starosti.

Označite z DA v točkah: 4.2 in 4.3 pomeni, da je oseba duševno motena oziroma telesno ovirana po poljski zakonodaji.

Po poljski zakonodaji so telesno ovirane oziroma duševno motene osebe razvrščene v tri skupine oviranosti: težka, srednja in lažja.

- Oseba s težko oviranostjo je oseba, ki je telesno ovirana, nesposobna za delo ali sposobna za delo kot varovana kategorija delavcev, ni sposobna živeti samostojno in zahteva trajno ali dolgotrajno nego in pomoč drugih za zadovoljitev socialnih vlog.
- Oseba s srednjo stopnjo oviranosti je oseba, ki je telesno ovirana, nesposobna za delo ali sposobna za delo kot varovana kategorija delavcev ali potrebuje začasno ali delno nego in pomoč drugih za zadovoljitev socialnih vlog.

Označite z „DA“ v točkah: 4.4a, 4.5a, 4.6 ali 4.4a, 4.5b, 4.6 ali 4.4b, 4.5a, 4.6 ali 4.4b, 4.5b, 4.6 pomeni, da je oseba težko ovirana; 4.7a ali 4.7b ali 4.8a ali 4.8b pomeni, da je oseba srednje ovirana.
