



ÄRZTLICHE BESCHEINIGUNG ZUR GEWÄHRUNG VON FAMILIENLEISTUNGEN

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

A. Bescheinigungsersuchen

Von dem für die Gewährung von Familienleistungen zuständigen Träger auszufüllen.

1.	Person, die die Familienleistungen beantragt			
	<input type="checkbox"/> Arbeitnehmer		<input type="checkbox"/> Rentner (Arbeitnehmersystem)	
	<input type="checkbox"/> Selbständiger		<input type="checkbox"/> Rentner (Selbständigensystem)	
	<input type="checkbox"/> Person, die sie in anderer Eigenschaft beantragt		<input type="checkbox"/> Waise	
1.1. Name ^(1a)				
1.2. Vornamen				
		Frühere Namen ^(1a)		Geburtsort ⁽²⁾
1.3. Geburtsdatum		Geschlecht	Staatsangehörigkeit	Kenn-Nummer/Versicherungsnummer ⁽³⁾
1.4. Anschrift ⁽⁴⁾				

2.	Person, über die die ärztliche Bescheinigung auszustellen ist			
2.1. Name ^(1a)				
2.2. Vornamen				
		Frühere Namen ^(1a)		
2.3. Geburtsort ⁽²⁾		Geburtsdatum	Geschlecht	Kenn-Nummer/Versicherungsnummer ⁽³⁾
2.4. Anschrift ⁽⁴⁾				

3.	Für die Gewährung der Familienleistungen zuständiger Träger			
3.1. Bezeichnung				
3.2. Anschrift ⁽⁴⁾				
3.3. Geschäftszeichen				
3.4. Stempel		3.5. Datum		
		3.6. Unterschrift		

B. Bescheinigung

Von dem von der Verbindungsstelle ⁽⁵⁾ ⁽⁶⁾ des Wohnlandes des zu Untersuchenden bezeichneten Arzt auszufüllen und an den in Feld 3 bezeichneten Träger weiterzuleiten.

4.

4.1. a) Die körperlichen oder geistigen Fähigkeiten des/der Untersuchten sind vermindert sind nicht vermindert.
Wenn ja, Grad der Minderung angeben: v. H.

b) Der/die Untersuchte ist imstande, seinen/ihren Lebensunterhalt zu verdienen.
 ist wegen körperlicher oder geistiger Gebrechen außer Stande, seinen/ihren Lebensunterhalt zu verdienen.

c) Die Untersuchte ist ist keine Hausfrau.
Wenn ja: sie ist sie ist nicht imstande, ihren Haushalt zu führen.

d) Sonstige Bemerkungen:
.....
.....
.....

e) Gesundheitlicher Zustand des/der Untersuchten:
.....
.....
.....

4.2. Beginn des Gebrechens oder der Krankheit (möglichst genaue Angaben):
.....

4.3. Voraussichtliche Dauer:

4.4. a) Eine weitere Untersuchung ist erforderlich ist nicht erforderlich.
b) Wenn ja, zu welchem Zeitpunkt:

5.

5.1. Name und Vorname des Arztes:

5.2. Anschrift ⁽⁴⁾

5.3. Datum
.....

5.4. Unterschrift
.....

HINWEISE

Der Vordruck ist in Druckschrift auszufüllen. Beim Ausfüllen nicht vor der punktierten Linie anfangen und nicht darüber hinaus schreiben. Er umfasst 3 Seiten, von denen keine, auch unausgefüllt, weggelassen werden darf. Dieser Vordruck wird in der Sprache des Arztes, der die Bescheinigung ausstellt, ausgefüllt.

ANMERKUNGEN

- (¹) Kennbuchstabe des Landes, in dem der Vordruck ausgefüllt wird: BE = Belgien; CZ = Tschechische Republik; DK = Dänemark; DE = Deutschland; EE = Estland; EL = Griechenland; ES = Spanien; FR = Frankreich; IE = Irland; IT = Italien; CY = Zypern; LV = Lettland; LT = Litauen; LU = Luxemburg; HU = Ungarn; MT = Malta; NL = Niederlande; AT = Österreich; PL = Polen; PT = Portugal; SI = Slowenien; SK = Slowakei; FI = Finnland; SE = Schweden; UK = Vereinigtes Königreich; IS = Island; LI = Liechtenstein; NO = Norwegen; CH = Schweiz.
- (^{1a}) Bei spanischen Staatsangehörigen sind beide Geburtsnamen anzugeben. Bei portugiesischen Staatsangehörigen sind alle Namen (Vornamen, Name, Mädchennamen) in standesamtlicher Reihenfolge anzugeben, wie sie aus dem Personalausweis oder Pass ersichtlich sind.
- (²) Bei portugiesischen Orten sind auch Pfarrbezirk und Gemeinde anzugeben.
- (³) Je nach Empfängerträger ist Folgendes anzugeben: für einen tschechischen Träger: die Geburtsnummer; für einen zypriotischen Träger: bei zypriotischen Staatsangehörigen die zypriotische Kenn-Nummer, bei nicht zypriotischen Staatsangehörigen die Nummer des Alien Registration Certificate (ARC); für einen dänischen Träger: die CPR-Nummer; für einen finnischen Träger: die Bevölkerungsregisternummer; für einen schwedischen Träger: die Personennummer (personnummer); für einen isländischen Träger: die persönliche Kenn-Nummer (kennitala); für einen lettischen Träger: die Kenn-Nummer; für einen liechtensteinischen Träger: die AHV-Versicherungsnummer; für einen litauischen Träger: die persönliche Kenn-Nummer; für einen ungarischen Träger: die Sozialversicherungsnummer (TAJ); für einen maltesischen Träger: bei maltesischen Staatsangehörigen die Nummer des Personalausweises und bei nicht maltesischen Staatsangehörigen die maltesische Sozialversicherungsnummer; für einen norwegischen Träger: die persönliche Kenn-Nummer (fødselsnummer); für einen belgischen Träger: die nationale Sozialversicherungsnummer (NISS); für einen deutschen Träger des allgemeinen Rentenversicherungssystems: die Versicherungsnummer (VSNR); für einen spanischen Träger: bei spanischen Staatsangehörigen die auf dem spanischen Personalausweis vermerkte (D.N.I.-) Nummer und bei Ausländern die N.I.E., selbst wenn der Ausweis abgelaufen ist; für einen polnischen Träger: die PESEL- und die NIP-Nummer; für einen portugiesischen Träger: auch die Registrierungsnummer im allgemeinen Rentensystem, wenn die betreffende Person beim portugiesischen Beamtenondersystem versichert war; für einen slowakischen Träger: die Geburtsnummer; für einen slowenischen Träger: die persönliche Kenn-Nummer (EMŠO); für einen schweizerischen Träger: die AVS/AI(AHV/IV)-Versicherungsnummer.
- (⁴) Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort, Land.
- (⁵) Oder vom Arzt der von der Verbindungsstelle bezeichneten Kasse.
- (⁶) In Slowenien ist dies der gewählte Arzt.
-

ÄRZTLICHE BESCHEINIGUNG FÜR DIE GEWÄHRUNG VON FAMILIENLEISTUNGEN NACH POLNISCHEM RECHT

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

Für die Gewährung von Familienleistungen entsprechend dem Gesundheitszustand von Familienangehörigen nach polnischem Recht.

A. Bescheinigungsersuchen

Von dem für die Gewährung von Familienleistungen zuständigen polnischen Träger auszufüllen.

1.	Person, die die Familienleistungen beantragt									
	<input type="checkbox"/> Arbeitnehmer		<input type="checkbox"/> Rentner (Arbeitnehmersystem)							
	<input type="checkbox"/> Selbständiger		<input type="checkbox"/> Rentner (Selbständigensystem)							
	<input type="checkbox"/> Person, die sie in anderer Eigenschaft beantragt		<input type="checkbox"/> Waise							
1.1. Name ⁽¹⁾										
1.2. Vornamen					Frühere Namen ⁽¹⁾		Geburtsort ⁽²⁾			
1.3. Geburtsdatum					Geschlecht		Staatsangehörigkeit		PESEL- und NIP-Nummer	
1.4. Anschrift ⁽³⁾										

2.	Person, über die die ärztliche Bescheinigung auszustellen ist								
2.1. Name ⁽¹⁾									
2.2. Vornamen					Frühere Namen ⁽¹⁾				
2.3. Geburtsort ⁽²⁾					Geburtsdatum		Geschlecht		
2.4. Anschrift ⁽³⁾									

3.	Für die Gewährung von Familienleistungen zuständiger Träger								
3.1. Bezeichnung									
3.2. Anschrift ⁽³⁾									
3.3. Geschäftszeichen									
3.4. Stempel									
					3.5. Datum			
					3.6. Unterschrift			

B. Bescheinigung

Von dem von der Verbindungsstelle des Wohnlandes des zu Untersuchenden bezeichneten Arzt ⁽⁴⁾ auszufüllen und an den in Feld 3 bezeichneten Träger weiterzuleiten. Je nach Alter der Person, über die die Bescheinigung auszustellen ist, ist entweder Teil I oder Teil II auszufüllen. Bei Personen über 16 Jahren ist je nach Gesundheitszustand entweder Teil IIa oder Teil IIb auszufüllen.

I. Bei Personen unter 16 Jahren

4.	Behinderung
4.1. Alter des Kindes zum Zeitpunkt der Untersuchung: Jahre Monate Gewicht des Kindes: Größe:	
4.2. Die körperliche oder geistige Beeinträchtigung aufgrund einer angeborenen Fehlbildung, Langzeiterkrankung oder Körperverletzung wird voraussichtlich länger als 12 Monate andauern. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
4.3. Die körperliche oder geistige Beeinträchtigung erfordert ständige Betreuung oder Unterstützung bei der Erfüllung der dem Alter entsprechenden grundlegenden Lebensbedürfnisse. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

II. Bei Personen über 16 Jahren**a. Höherer Grad der Behinderung (aufgrund körperlicher Beeinträchtigung)**

4.4. Eingeschränkte Beschäftigung:	
a) arbeitsunfähig	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
b) nur in beschützender Werkstatt arbeitsfähig	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
4.5. Um soziale Aufgaben zu erfüllen, benötigt er/sie:	
a) ständige Betreuung und Unterstützung durch andere	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
b) Langzeitbetreuung und Unterstützung durch andere	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
4.6. Er/Sie ist unfähig, selbständig zu leben	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

b. Mittlerer Grad der Behinderung (aufgrund körperlicher Beeinträchtigung)

4.7. Eingeschränkte Beschäftigung:	
a) arbeitsunfähig	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
b) nur in beschützender Werkstatt arbeitsfähig	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
4.8. Um soziale Aufgaben zu erfüllen, benötigt er/sie:	
a) vorübergehende Betreuung und Unterstützung durch andere	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
b) teilweise Betreuung und Unterstützung durch andere	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
4.9. Beginn des Gebrechens: Vor dem 16. Geburtstag	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

5.	
5.1. Name und Vorname des Arztes	
5.2. Anschrift ⁽³⁾	
5.3. Stempel	5.4. Datum
	5.5. Unterschrift

HINWEISE

Der Vordruck ist in Druckschrift bzw. in Großbuchstaben auszufüllen. Beim Ausfüllen nicht vor der punktierten Linie anfangen und nicht darüber hinaus schreiben; an anderen Stellen sind die Antworten JA oder NEIN anzukreuzen. Der Vordruck wird in der Sprache des Arztes, der die Bescheinigung ausstellt, ausgefüllt.

ANMERKUNGEN

- (¹) Bei spanischen Staatsangehörigen sind beide Geburtsnamen anzugeben. Bei portugiesischen Staatsangehörigen sind alle Namen (Vornamen, Name, Mädchenname) in standesamtlicher Reihenfolge anzugeben, wie sie aus dem Personalausweis oder Pass ersichtlich sind.
- (²) Bei portugiesischen Orten sind auch Pfarrbezirk und Gemeinde anzugeben.
- (³) Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort, Land.
- (⁴) Oder vom Arzt der von der Verbindungsstelle bezeichneten Kasse.

ERLÄUTERUNGEN

Nach polnischen Rechtsvorschriften gelten Personen unter 16 Jahren dann als Menschen mit Behinderungen, wenn sie während eines Zeitraums von mehr als 12 Monaten eine körperliche oder geistige Beeinträchtigung aufgrund einer angeborenen Fehlbildung, Langzeiterkrankung oder Körperverletzung aufweisen und zur Erfüllung der ihrem Alter entsprechenden grundlegenden Lebensbedürfnisse ständige Betreuung oder Unterstützung benötigen.

Ankreuzen von JA in den Nummern 4.2 und 4.3 bedeutet, dass der/die Betreffende nach polnischem Recht als behindert eingestuft wird.

Nach polnischem Recht können Personen aufgrund körperlicher oder geistiger Beeinträchtigung einer von 3 Behinderungsgruppen angehören: höherer, mittlerer und leichter Grad der Behinderung.

- höherer Grad der Behinderung: In diese Gruppe werden Personen mit körperlicher Beeinträchtigung eingestuft, die arbeitsunfähig oder nur in beschützenden Werkstätten arbeitsfähig sind und zur Erfüllung ihrer sozialen Aufgaben ständige oder Langzeitbetreuung und Unterstützung durch andere benötigen;
- mittlerer Grad der Behinderung: In diese Gruppe werden Personen mit körperlicher Beeinträchtigung eingestuft, die arbeitsunfähig oder nur in beschützenden Werkstätten arbeitsfähig sind und zur Erfüllung ihrer sozialen Aufgaben vorübergehende oder teilweise Betreuung und Unterstützung durch andere benötigen.

Ankreuzen von JA bedeutet in den Nummern 4.4a, 4.5a, 4.6 oder 4.4a, 4.5b, 4.6 oder 4.4b, 4.5a, 4.6 oder 4.4b, 4.5b, 4.6, dass der/die Betreffende einen höheren Grad der Behinderung aufweist, in den Nummern 4.7a, oder 4.7b oder 4.8a oder 4.8b, dass der/die Betreffende einen mittleren Grad der Behinderung aufweist.
