

ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΓΙΑ ΤΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΕΙΔΙΚΟΥ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΕΠΙΔΟΜΑΤΟΣ Ή ΠΡΟΣΑΥΞΗΜΕΝΟΥ
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΕΠΙΔΟΜΑΤΟΣ ΓΙΑ ΤΕΚΝΑ ΜΕ ΕΙΔΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ

Κανονισμός (ΕΟΚ) αριθ. 1408/71: άρθρα 73 και 74
Κανονισμός (ΕΟΚ) αριθ. 574/72: άρθρα 86 και 88

A. Αίτηση χορήγησης πιστοποιητικού

Να συμπληρωθεί από τον αρμόδιο φορέα για τη χορήγηση των οικογενειακών παροχών.

1. Μισθωτός Αυτοαπασχολούμενος

1.1. Επώνυμο (1α)	.....
1.2. Ονόματα	Προηγούμενα επώνυμα (1α)	Τόπος γέννησης (1β)
.....
1.3. Ημερομηνία γέννησης Φύλο	Υπηκοότητα	Αριθμός ταυτότητας/ασφάλισης (1γ)
.....
1.4. Διεύθυνση (2)	.....
.....	

2. Παιδί το οποίο αφορά το ιατρικό πιστοποιητικό

2.1. Επώνυμο (1α)	.....
2.2. Ονόματα	.....
2.3. Τόπος γέννησης (1β) Ημερομηνία γέννησης Φύλο	Αριθμός ταυτότητας/ασφάλισης (1γ)	
.....
2.4. Διεύθυνση (2)	.....
.....	

3. Φορέας αρμόδιος για τη χορήγηση των οικογενειακών παροχών

3.1. Επωνυμία	.....
3.2. Διεύθυνση (2)	.....
.....	
3.3. Αριθμός φακέλου	.....
3.4. Σφραγίδα	3.5. Ημερομηνία	.....
	3.6. Υπογραφή	.....
	

B. Πιστοποιητικό

Να συμπληρωθεί από τον ιατρό που έχει ορίσει ο φορέας του τόπου κατοικίας του εξετασθέντος παιδιού και να υποβληθεί στο φορέα που αναφέρεται στο πλαίσιο 3 μαζί με όλα τα πρόσφατα συνοδευτικά ιατρικά έγγραφα (φωτογραφίες, ακτινογραφίες, αποτελέσματα ιατρικών εξετάσεων κ.λπ.) (4).

4.	
4.1.	Ηλικία του παιδιού κατά την ημερομηνία της εξέτασης: έτη μήνες Βάρος του παιδιού: κιλά γραμμάρια Ύψος: εκατοστά
4.2.	Ψυχοκινητική καθυστέρηση Καθυστέρηση λαμβανομένης υπόψη της ηλικίας: <input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι Εάν ναι, τι είδους:
4.3.	Αυτονομία Κάθεται το παιδί μόνο του; <input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι Περπατάει; <input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι Μιλά; <input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι Ντύνεται μόνο του; <input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι Τρώει μόνο του; <input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι Γράφει; <input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι (3) Παρουσιάζει ακράτεια ούρων; <input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι (3)
4.4.	Βοήθεια Χρειάζεται το παιδί λόγω της κατάστασής του τη βοήθεια άλλου προσώπου; <input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι Συνεχή; <input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι Καθημερινή αλλά όχι συνεχή; <input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι ή άλλα μέτρα (και ποια):
4.5.	Φύση της κύριας αναπηρίας Η αναπηρία του παιδιού αφορά τις αισθήσεις την όραση την ακοή αφορά την κίνηση: είναι διανοητική: διανοητικό επίπεδο συμπεριφορά άλλη
4.6.	Προέλευση της αναπηρίας (3) — συγγενής ανωμαλία <input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι — ασθένεια <input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι ημερομηνία εμφάνισης της αναπηρίας: ημερομηνία της διάγνωσης: μήνας: έτος: έναρξη της θεραπείας: μήνας: έτος: — ατύχημα <input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι ημερομηνία του ατυχήματος:
4.7.	Δευτερεύουσες αναπηρίες Ποιες; Λοιπές ανεπάρκειες
4.8.	Πρόσθετες παρατηρήσεις Ιστορικό αναπηριών στην οικογένεια: Συμπληρωματικές εξετάσεις που έχουν ήδη γίνει: (να υποβληθούν αντίγραφα των εξετάσεων, εφόσον υπάρχουν)

4.9. Θεραπεία, συμπεριλαμβανομένης της αποκατάστασης και της θεραπευτικής αγωγής. Ποιες θεραπείες εφαρμόζονται τώρα;

 Από πότε;
 Συνιστώμενες θεραπείες
 — Χειρουργική επέμβαση:

 — Παραμονή σε νοσοκομείο (τα τρία τελευταία χρόνια):
 — Θεραπεία στο σπίτι (φάρμακα, ...): Από πότε/...../.....
 Από πότε/...../.....
 Από πότε/...../.....

— Αποκατάσταση:	Έναρξη	Συχνότητα	Τόπος
Λογοπαιδεία:
Κινησιοθεραπεία:
Εργασιοθεραπεία
(Ψυχο)θεραπεία
Προηγούμενη βοήθεια στο σπίτι

4.10. Μέτρα εκπαίδευσης και κατάρτισης
 Μορφές παρεχόμενης εκπαίδευσης και κατάρτισης

 Από πότε;
 Συνιστώμενη εκπαίδευση και κατάρτιση

4.11. Πρόγνωση
 Να προσδιοριστεί:

4.12. Κωδικός ασθένειας ICD (Διεθνής Ταξινόμηση Ασθενειών — ΠΟΥ)

4.13. Έναρξη της ασθένειας

4.14. Ημερομηνία επόμενου ελέγχου

5.

5.1. Επώνυμο και όνομα του ιατρού

5.2. Διεύθυνση (²)

5.3. Ημερομηνία

5.4. Υπογραφή

ΟΔΗΓΙΕΣ

Το έντυπο συμπληρώνεται με κεφαλαία γράμματα και μόνο στις διάστικτες γραμμές. Αποτελείται από τέσσερις σελίδες· καμία από αυτές δεν πρέπει να παραλειφθεί, ακόμη και αν δεν περιέχει κάποια χρήσιμη πληροφορία. Συμπληρώνεται στη γλώσσα του ιατρού που χορηγεί το πιστοποιητικό.

ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ

- (¹) Σύμβολο της χώρας στη νομοθεσία της οποίας υπάγεται ο εργαζόμενος: BE = Βέλγιο· CZ = Τσεχική Δημοκρατία· DK = Δανία· DE = Γερμανία· EE = Εσθονία· GR = Ελλάδα· ES = Ισπανία· FR = Γαλλία· IE = Ιρλανδία· IT = Ιταλία· CY = Κύπρος· LV = Λετονία· LT = Λιθουανία· LU = Λουξεμβούργο· HU = Ουγγαρία· MT = Μάλτα· NL = Κάτω Χώρες· AT = Αυστρία· PL = Πολωνία· PT = Πορτογαλία· SI = Σλοβενία· SK = Σλοβακία· FI = Φινλανδία· SE = Σουηδία· UK = Ηνωμένο Βασίλειο· IS = Ισλανδία· LI = Λιχτενστάιν· NO = Νορβηγία· CH = Ελβετία.
- (^{1a}) Για τους ισπανούς πολίτες σημειώστε και τα δύο επώνυμα κατά τη γέννηση.
Για τους πορτογάλους πολίτες σημειώστε όλα τα ονόματα (ονόματα, επώνυμα, γένος) με τη σειρά που αναγράφονται στην ταυτότητα ή στο διαβατήριο.
- (^{1b}) Όσον αφορά την Πορτογαλία, σημειώστε επίσης την ενορία και την τοπική αρχή.
- (^{1v}) Όταν το έντυπο αποστέλλεται σε τσεχικό φορέα, να αναφερθεί η ημερομηνία γέννησης· σε κυπριακό φορέα σημειώστε τον κυπριακό αριθμό ταυτότητας ή τον αριθμό δελτίου εγγραφής αλλοδαπού (ARC)· σε φορέα της Δανίας, σημειώνεται ο αριθμός CPR· σε φινλανδικό φορέα, σημειώνεται ο αριθμός μητρώου του φινλανδικού πληθυσμού· σε σουηδικό φορέα, σημειώνεται ο σουηδικός ατομικός αριθμός (personnummer)· σε ισλανδικό φορέα σημειώνεται ο ισλανδικός ατομικός αριθμός ταυτότητας (kennitala)· σε λεττονικό φορέα, ο αριθμός ταυτότητας· σε φορέα του Λιχτενστάιν, σημειώνεται ο αριθμός ασφάλισης AHV· σε λιθουανικό φορέα ο ατομικός αριθμός ταυτότητας· σε φορέα της Ουγγαρίας, ο αριθμός κοινωνικής ασφάλισης (TAJ)· σε φορέα της Μάλτας, για υπηκόους της Μάλτας ο αριθμός αστυνομικής ταυτότητας, για μη υπηκόους της Μάλτας, ο αριθμός κοινωνικής ασφάλισης της Μάλτας· σε νορβηγικό φορέα, σημειώνεται ο νορβηγικός αριθμός ατομικής ταυτότητας (fødselsnummer)· σε βελγικό φορέα, σημειώνεται ο αριθμός κοινωνικής ασφάλισης (NISS)· σε γερμανικό φορέα του γενικού συστήματος κοινωνικής ασφάλισης, αναφέρεται ο αριθμός ασφάλισης (VSNR)· για ισπανικό φορέα σημειώνεται ο αριθμός ταυτότητας (DNI) ή N.I.E για αλλοδαπούς, ακόμη και αν η ισχύς της ταυτότητας έχει λήξει· για πολωνικό φορέα σημειώνεται ο αριθμός PESEL και οι αριθμοί NIP· για πορτογαλικό φορέα σημειώνεται ο αριθμός μητρώου του γενικού συστήματος συνταξιοδότησης εάν ο ενδιαφερόμενος είναι ασφαλισμένος στο σύστημα κοινωνικής ασφάλισης δημοσίων υπαλλήλων στην Πορτογαλία· για σλοβακικό φορέα σημειώνεται η ημερομηνία γέννησής· για σλοβενικό φορέα σημειώνεται ο αριθμός ταυτότητας (EMŠO)· για ελβετικό φορέα, σημειώνεται ο αριθμός ασφάλισης AVS/AI(AHV/IV).
- (²) Οδός, αριθμός, ταχυδρομικός κώδικας, πόλη/χωριό, χώρα.
- (³) Συμπληρώνεται μόνο στην περίπτωση που ο αρμόδιος φορέας για τη χορήγηση των οικογενειακών παροχών είναι φορέας του Βελγίου ή της Σλοβακίας.
- (⁴) Στη Σλοβενία συμπληρώνεται από ιατρική επιτροπή που ορίζεται από τον υπουργό Εργασίας και Οικογενειακών και Κοινωνικών Υποθέσεων.