

**CERTIFICAT MEDICAL ÎN VEDEREA ATRIBUIRII UNEI ALOCAȚII FAMILIALE SPECIALE
SAU A UNOR ALOCAȚII FAMILIALE MAJORATE PENTRU COPIII CU HANDICAP**

Regulament 1408/71: art.73; art.74
Regulament 574/72 : art.86 ; art.88

A. Cerere de certificat

A se completa de către instituția competentă pentru acordarea prestațiilor familiale.

1	<input type="checkbox"/> Salariat	<input type="checkbox"/> Lucrător independent		
1.1	Nume (^{1a}):			
1.2	Prenume	Nume anterior (1a)	Locul nașterii (^{1b})	
1.3	Data nașterii	Sex	Naționalitate	Număr de identificare/ asigurare (^{1c})
1.4	Adresa (²):			

2	Copilul pentru care este solicitat certificatul medical			
2.1	Nume (^{1a}):			
2.2	Prenume			
2.3	Locul nașterii (^{1b})	Data nașterii	Sex	Număr de identificare/ asigurare (^{1c})
2.4	Adresa (²):			

3	Instituția competentă pentru acordarea prestațiilor familiale			
3.1	Denumire :			
3.2	Adresă (²):			
3.3	Număr de referință al dosarului:			
3.4	Ștampila	3.5	Data:	.....
		3.6	Semnătura	.....

B. Certificat

A se completa de medicul desemnat de către instituția de la locul de reședință a copilului examinat și a se transmite instituției menționate la rubrica 3, anexând la acesta toate documentele medicale justificative recente (fotografii, radiografii, rezultate ale examenelor medicale, etc). (1)

4				
4.1	Vârsta copilului în momentul examenului medical:	ani	luni	
	Greutate :	kilograme	grame, înălțime :	centimetri
4.2	Întârziere psiho-motorie			
	Întârziere ținând cont de caracteristicile normale ale vârstei :	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> nu	
	Dacă da, a se specifica:			
4.3	Autonomie			
	Copilul stă în picioare fără ajutor?	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> nu	Merge singur ? <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> nu
	Vorbește ?	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> nu	Se îmbracă singur ? <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> nu
	Mănâncă singur ?	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> nu	Scrie ? <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> nu
				Suferă de incontinență ? <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> nu
4.4	Asistență			
	Starea copilului necesită ajutorul unei terțe persoane?	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> nu	
	Supraveghere constantă ?	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> nu	Supraveghere zilnică dar discontinuă? <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> nu
	Sau alte măsuri (a se preciza care) :			
4.5	Natura handicapului principal			
	Handicapul copilului este senzorial :			
	- vizual :	.....	
	- auditiv :	.....	
	motor :	.....	
	mental :			
	- nivel mental :	.....	
	- comportament:	.....	
	Altele :	.....	
4.6	Originea handicapului (3)			
	- anomalie congenitală	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> nu	
	- boală	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> nu	
	Data de apariție a handicapului			
	Data diagnosticului	Lunar.....	anual.....	
	Inceperea tratamentului	Lunar.....	anual.....	
	- accident	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> nu	
	Data accidentului			
4.7	Handicapuri asociate			
	Care ?			
	Alte deficiențe:			
4.8	Alte observații			
	Handicap în familie:			
	Exame complementare deja efectuate			
	(a se anexa eventual copiile rezultatelor)			
4.9	Tratamente, inclusiv reeducare și readaptare. Care sunt tratamentele în curs?			
	De la ce dată?			
	Care sunt tratamentele recomandate?			
	- Chirurgical			
	- Spitalizări (ultimii 3 ani).....			
	- Tratament la domiciliu (medicamente).....	de la data...../...../.....		
		de la data...../...../.....		
		de la data...../...../.....		
	- Reabilitare	Începutul	Frecvența	Unde?
	Logopedie	.....	.....	.....

Fizioterapie

Terapie ocupațională

Psiho-terapie

Cel mai recent ajutor la domiciliu

4.10 Măsuri de educare și instruire

Ce măsuri sunt de educare și instruire sunt acordate?

De la ce dată?

Care sunt măsurile de educare și instruire recomandate

4.11 Perspective de evoluție

A se preciza care

4.12 ICD (Clasificarea internațională a bolilor – WHO) codul de boală

4.13 Începutul bolii

4.14 Data următorului control

5

5.1 Numele și prenumele medicului:

5.2 Adresă (²):

5.3 Data:

5.4 Semnătura

INSTRUCȚIUNI

Formularul trebuie să fie completat cu litere de tipar, utilizând numai spațiile punctate. El se compune din 3 pagini; nici una dintre acestea nu poate fi suprimată, chiar dacă nu conține nici o mențiune utilă. Acest formular este completat în limba medicului care întocmește certificatul

NOTE

- (1) Sigla țării căreia aparține instituția care completează formularul: BE = Belgia; CZ = Republica Cehă; DK = Danemarca ; DE = Germania; EE = Estonia; GR = Grecia; ES = Spania; FR = Franța; IE = Irlanda; IT = Italia; CY = Cipru; LV = Letonia; LT= Lituania; LU = Luxemburg; HU = Ungaria; MT = Malta; NL = Țările de Jos; AT = Austria; PL = Polonia; PT = Portugalia; SI = Slovenia; SK = Slovacia; FI = Finlanda; SE = Suedia; UK = Regatul Unit; IS = Islanda; LI = Liechtenstein; NO = Norvegia; CH = Elveția.
- (2) Pentru resortisanții spanioli, a se indica cele două nume de naștere. Pentru resortisanții portughezi, a se indica toate numele (prenume, nume, numele înainte de căsătorie) conform stării civile, așa cum este înscrisă în cartea de identitate sau pașaport.
- (3) Pentru regiunile portugheze, a se indica de asemenea parohia și autoritatea locală.
- (4) În cazul în care formularul este trimis la o instituție cehă, a se menționa numărul nașterii; în cazul unei instituții cipriote, pentru resortisantul cipriot, a se indica numărul de identificare cipriot, dacă nu este resortisant cipriot, numărul din certificatul de înregistrare al străinilor (ARC); în cazul unei instituții daneze, a se indica numărul CPR ; în cazul unei instituții finlandeze, a se indica numărul de înregistrare al populației ; în cazul unei instituții suedeze, a se indica numărul personal (personnummer) ; în cazul unei instituții islandeze, a se indica numărul personal de identificare (kennitala); în cazul unei instituții din Liechtenstein, a se indica numărul de asigurare AHV; în cazul unei instituții lituaniene, a se indica numărul personal de identificare; în cazul unei instituții din Letonia, a se indica numărul de identitate de stat; în cazul unei instituții din Ungaria, a se indica numărul TAJ (identificarea asigurării sociale); în cazul unei instituții din Malta, pentru resortisanții maltezi, a se indica numărul cardului de identitate, sau, pentru persoanele care nu au naționalitate malteză, a se indica numărul de securitate socială maltez; în cazul unei instituții norvegiene, a se indica numărul personal de identificare (fødselsnummer); în cazul unei instituții belgiene, a se indica numărul de securitate socială național (NISS); în cazul unei instituții germane privind sistemul general de asigurări de pensie, a se indica numărul de asigurare (VSNR); în cazul unei instituții spaniole, a se indica numărul care apare pe cardul național de identitate (DNI) sau NIE, în cazul cetățenilor străini, chiar și în situația în care cardul este expirat; în cazul unei instituții poloneze, a se indica numerele PESEL și NIP; în cazul unei instituții portugheze, a se indica numărul de înregistrare din sistemul general de pensii, dacă persoana în cauză a fost asigurată în sistemul de securitate socială pentru funcționarii publici în Portugalia; în cazul unei instituții slovace, a se indica numărul de naștere; în cazul unei instituții din Slovenia, a se indica numărul personal de identificare (EMSO) și numărul fiscal; în cazul unei instituții suedeze, a se indica numărul de asigurare AVS/AI (AHV/IV). În lipsă, a se indica «nici unul».
- (5) Stradă, număr, cod poștal, localitate, țară.
- (6) A se completa numai dacă instituția competentă pentru acordarea prestațiilor familiale este o instituție belgiană sau slovacă.
- (7) În Slovenia, este completat de către o comisie medicală desemnată de către Ministerul Muncii, Familiei și Afacerilor Sociale.