



**MEDICĪNISKAIS SERTIFIKĀTS SPECIĀLĀ ĢIMENES PABALSTA VAI PAAUGSTINĀTU ĢIMENES PABALSTU PIEŠĶIRŠANAI  
BĒNRIEM INVALIDIEM**

Regula 1408/71: 73. pants; 74. pants  
Regula 574/72: 86. pants; 88. pants

**A. Sertifikāta pieprasījums**

Aizpilda institūcija, kas atbild par ģimenes pabalstu piešķiršanu.

1.	<input type="checkbox"/> Darba ņēmējs	<input type="checkbox"/> Pašnodarbinātais		
1.1.	Uzvārds <sup>(1a)</sup> .....			
1.2.	Vārdi .....	Iepriekšējie vārdi <sup>(1a)</sup> .....	Dzimšanas vieta <sup>(1b)</sup> .....	
1.3.	Dzimšanas datums	Dzimums	Pilsonība	Identifikācijas/apdrošināšanas numurs <sup>(1c)</sup> .....
1.4.	Adrese <sup>(2)</sup> .....			

2.	Bēns, par kuru sertifikāts tiek pieprasīts			
2.1.	Uzvārds <sup>(1a)</sup> .....			
2.2.	Vārdi .....			
2.3.	Dzimšanas vieta <sup>(1b)</sup> .....	Dzimšanas datums .....	Dzimums .....	Identifikācijas/apdrošināšanas numurs <sup>(1c)</sup> .....
2.4.	Adrese <sup>(2)</sup> .....			

3.	Institūcija, kas atbild par ģimenes pabalstu piešķiršanu			
3.1.	Nosaukums .....			
3.2.	Adrese <sup>(2)</sup> .....			
3.3.	Lietas numurs .....			
3.4.	Zīmogs .....	3.5.	Datums .....	
		3.6.	Paraksts .....	

## B. Sertifikāts

Šo un nākamo lapu aizpilda ārsts, kuru nozīmējusi izmeklētā bērna dzīves vietas institūcija, un nosūta tās 3. ailē minētajai institūcijai, pievienojot visus pēdējos apstiprinošos medicīniskos dokumentus (fotogrāfijas, rentgena uzņēmumus, medicīnisko izmeklēšanu rezultātus u.c.) <sup>(4)</sup>.

4.

- 4.1. Bērna vecums izmeklēšanas dienā: ..... gadi ..... mēneši  
 Bērna svars: ..... kilogrami ..... grammi ..... garums: ..... centimetri
- 4.2. Psihomotoriskā atpalicība  
 Atpalicība ņemot vērā bērna vecumam atbilstošo normālo līmeni:  Jā  Nē  
 Ja jā, lūdzu precizēt: .....
- 4.3. Patstāvība  
 Vai bērns prot patstāvīgi piecelties sēdus?  Jā  Nē Vai viņš/viņa prot staigāt?  Jā  Nē  
 Vai viņš/viņa prot runāt?  Jā  Nē Vai viņš/viņa prot patstāvīgi apgērbties?  Jā  Nē  
 Vai viņš/viņa prot patstāvīgi paēst?  Jā  Nē Vai viņš/viņa raksta?  Jā  Nē <sup>(3)</sup>  
 Vai viņš/viņa ir nesavaldīgs (-a)?  Jā  Nē <sup>(3)</sup>
- 4.4. Palīdzība  
 Vai bērnam nepieciešama citas personas kopšana?  Jā  Nē  
 Pastāvīga kopšana?  Jā  Nē Ikdienas kopšana, bet ne pastāvīga?  Jā  Nē  
 Vai citas darbības (lūdzu precizējiet): .....
- 4.5. Galvenās invaliditātes raksturs  
 Vai bērna invaliditāte ir  
 maņu? ..... redzes? .....  
 ..... dzirdes? .....  
 kustību: .....  
 psihiska: psihisko spēju līmenis .....  
 ..... uzvedības .....  
 cita .....
- 4.6. Invaliditātes cēlonis <sup>(3)</sup>  
 — iedzimta anomālija .....  Jā  Nē  
 — slimība .....  Jā  Nē  
 invaliditātes sākuma datums: .....  
 diagnozes noteikšanas datums: mēnesis: ..... gads: .....  
 ārstēšanas uzsākšana: mēnesis: ..... gads: .....  
 — negadījums .....  Jā  Nē  
 negadījuma datums: .....
- 4.7. Saistītā invaliditāte  
 Kāda? .....  
 Citi defekti .....
- 4.8. Papildu novērojumi  
 Invaliditāte ģimenē: .....  
 Jau veiktās papildizmeklēšanas: .....  
 (Pievienojiet izmeklēšanu rezultātu kopijas, kur nepieciešams)

## 4.9. Ārstēšana, ieskaitot rehabilitāciju un ārstniecisko terapiju. Kādas ārstēšanas formas tiek nodrošinātas?

.....

Kopš kura laika? .....

Kādas ārstēšanas formas ir rekomendētas? .....

— Ķirurģiska iejaukšanās: .....

— Hospitalizācija (pēdējos trīs gadus): .....

— Ārstēšanās mājās (medikamenti, ...) ..... Kopš kura laika ...../...../.....

..... Kopš kura laika ...../...../.....

..... Kopš kura laika ...../...../.....

— Rehabilitācija:                      Sākums                                      Biežums                                      Kur?

Logopēdija: ...../...../.....

Fizioterapija: ...../...../.....

Arodterapija: ...../...../.....

(Psiho) terapija: ...../...../.....

Agrākā palīdzība mājās: ...../...../.....

## 4.10. Izglītības un apmācības pasākumi

Kādas izglītības un apmācības formas tiek nodrošinātas? .....

.....

Kopš kura laika? .....

Kāda izglītība un apmācība ir rekomendēta? .....

## 4.11. Prognozes

Lūdzu norādiet: .....

.....

## 4.12. SSK (Starptautiskais slimību klasifikators – Starptautiskā veselības organizācija) slimības kods

## 4.13. Slimības sākums

## 4.14. Nākamās kontroles datums

## 5.

5.1. Ārsta uzvārds un vārds .....

5.2. Adrese (²) .....

.....

5.3. Datums

.....

5.4. Paraksts

.....

## INSTRUKCIJA

Lūdzam šo veidlapu aizpildīt ar drukātiem burtiem, rakstot tikai virs punktotās līnijas. Tā sastāv no četrām lapām, visām lapām jābūt iekļautām, pat ja tās nesatur būtisku informāciju. Tā jāaizpilda tā ārsta valodā, kurš izsniedz sertifikātu.

## PIEZĪMES

- (<sup>1</sup>) Valsts simbols, kuras normatīvie akti attiecas uz strādājošo: BE = Beļģija; CZ = Čehijas Republika; DK = Dānija; DE = Vācija; EE = Igaunija; GR = Grieķija; ES = Spānija; FR = Francija; IE = Īrija; IT = Itālija; CY = Kipra; LV = Latvija; LT = Lietuva; LU = Luksemburga; HU = Ungārija; MT = Malta; NL = Nīderlande; AT = Austrija; PL = Polija; PT = Portugāle; SI = Slovēnija; SK = Slovākija; FI = Somija; SE = Zviedrija; UK = Apvienotā Karaliste; IS = Islande; LI = Lihtenšteina; NO = Norvēģija; CH = Šveice.
- (<sup>1a</sup>) Spānijas pilsoņu gadījumā norādiet abus dzimtos vārdus.  
Portugāles pilsoņu gadījumā norādiet visus vārdus (vārdus, uzvārdu, pirmslaulības uzvārdu) tādā civilstāvokļa statusa kārtībā, kādā tie norādīti identifikācijas kartē vai pasē.
- (<sup>1b</sup>) Portugāles rajonu gadījumā norādiet arī draudzi un vietējo pašvaldību.
- (<sup>1c</sup>) Ja veidlapa tiek sūtīta Čehijas institūcijai, norādiet dzimšanas numuru; Kipras institūcijai, Kipras pilsonim norādiet Kipras Identifikācijas numuru, ja persona nav Kipras pilsonis, norādiet Ārvalstnieka reģistrācijas sertifikāta (*ARC*) numuru; Dānijas institūcijai, norādiet *CPR* numuru; Somijas institūcijai, norādiet iedzīvotāju reģistrācijas numuru; Zviedrijas institūcijai, norādiet personas numuru (*personnummer*); Islandes institūcijai, norādiet personas identifikācijas numuru (*kennitala*); Latvijas institūcijai, norādiet personas kodu; Lihtenšteinas institūcijai, norādiet *AHV* apdrošināšanas numuru; Lietuvas institūcijai, norādiet personas identifikācijas numuru; Ungārijas institūcijai, norādiet *TAJ* (sociālās apdrošināšanas identifikācijas) numuru; Maltes institūcijai, Maltes pilsoņu gadījumā, norādiet identifikācijas kartes Nr., vai, ja persona nav Maltes pilsonis, norādiet Maltes sociālās drošības Nr.; Norvēģijas institūcijai, norādiet personas identifikācijas numuru (*fødselsnummer*); Beļģijas institūcijai, norādiet valsts sociālās drošības numuru (*NISS*); Vācijas vispārējās pensiju apdrošināšanas shēmas institūcijai, norādiet apdrošināšanas numuru (*VSNR*); Spānijas institūcijai, norādiet numuru, kas minēts nacionālajā identifikācijas kartē (*DNI*) vai *N.I.E.* ārvalstnieku gadījumā, pat, ja karte nav derīga; Polijas institūcijai, norādiet *PESEL* un *NIP* numurus; Portugāles institūcijai, norādiet arī vispārējās pensiju shēmas reģistrācijas numuru, ja attiecīgā persona ir apdrošināta atbilstoši ierēdņu sociālās drošības shēmai Portugālē; Slovākijas institūcijai, norādiet dzimšanas numuru; Slovēnijas institūcijai, norādiet personas identifikācijas numuru (*EMŠO*); Šveices institūcijai, norādiet *AVS/AI (AHV/IV)* apdrošināšanas numuru. Ja tas nav iespējams, norādiet "Nav".
- (<sup>2</sup>) Iela, numurs, pasta indekss, pilsēta, valsts.
- (<sup>3</sup>) Nepieciešams aizpildīt tikai, ja Beļģijas vai Slovākijas institūcija atbild par ģimenes pabalstu piešķiršanu.
- (<sup>4</sup>) Slovēnijā to veic Darba, ģimenes un sociālo lietu ministrijas nozīmēta medicīniskā komisija.