II

(Actos cuya publicación no es una condición para su aplicabilidad)

COMISIÓN

COMISIÓN ADMINISTRATIVA DE LAS COMUNIDADES EUROPEAS PARA LA SEGURIDAD SOCIAL DE LOS TRABAJADORES MIGRANTES

DECISIÓN Nº 155

de 6 de julio de 1994

relativa a los modelos de formularios necesarios para la aplicación de los Reglamentos (CEE) nºs 1408/71 y 574/72 del Consejo (E 401-E 411) [1]

(95/353/CE)

LA COMISIÓN ADMINISTRATIVA DE LAS COMUNIDADES EUROPEAS PARA LA SEGURIDAD SOCIAL DE LOS TRABAJADORES MIGRANTES,

Vista la letra a) del artículo 81 del Reglamento (CEE) nº 1408/71 del Consejo, de 14 de junio de 1971, relativo a la aplicación de los regímenes de seguridad social a los trabajadores por cuenta ajena, a los trabajadores por cuenta propia y a sus familias que se desplazan dentro de la Comunidad, en virtud de la cual la Comisión Administrativa se encargará de resolver todas las cuestiones administrativas o de interpretación que se deriven del Reglamento (CEE) nº 1408/71 y de los Reglamentos posteriores,

Visto el apartado 1 del artículo 2 del Reglamento (CEE) nº 574/72 del Consejo, de 21 de marzo de 1972, en virtud del cual dicha Comisión elaborará los modelos de certificados, certificaciones, declaraciones, solicitudes y demás documentos necesarios para la aplicación de los Reglamentos,

Vista la Decisión nº 144 de 9 de abril de 1990, la Decisión nº 145 de 27 de junio de 1990 y la Decisión nº 147 de 10 de octubre de 1990 por las que se establecen y adaptan los modelos de formularios necesarios para la aplicación de los Reglamentos,

Considerando que procede adaptar dichos modelos para tener en cuenta las modificaciones introducidas en las legislaciones nacionales de los Estados miembros;

Considerando que el Anexo VI del Acuerdo sobre el Espacio Económico Europeo de 2 de mayo de 1992, adaptado por el Protocolo de 17 de marzo de 1993, lleva a la aplicación de los Reglamentos (CEE) nºs 1408/71 y 574/72 en el Espacio Económico Europeo;

---

[1] Decisión confirmada para Austria, Finlandia y Suecia por la Decisión nº 157 de la Comisión Administrativa de las Comunidades Europeas de 1 de julio de 1995.

Considerando que, por decisión del Comité Mixto del EEE, los modelos de formularios necesarios para la aplicación de los Reglamentos (CEE) nºs 1408/71 y 574/72 se adaptarán y aplicarán dentro del Espacio Económico Europeo;

Considerando que, por motivos de índole práctica, conviene utilizar formularios idénticos en la Comunidad y en el Espacio Económico Europeo;

Considerando que, con miras a la participación prevista de Liechtenstein en el EEE en una fase posterior, conviene también adaptar dichos formularios en lo que se refiere a dicho país;

Considerando que, por lo que respecta a la lengua de expedición de los formularios, se estará a lo dispuesto en la Recomendación nº 15 de la Comisión Administrativa,

DECIDE:

1. Los modelos de formularios E 401-E 411 reproducidos en las Decisiones nºs 144, 145, 146 y 147 serán sustituidos por los modelos que se adjuntan, teniendo en cuenta las modificaciones siguientes:

   a) se crea el formulario E 407;

   b) se modifican los formularios E 401, E 402, E 403, E 404, E 405, E 406 F y E 411;

   c) se suprimen los formularios E 407 F, E 408 F, E 409 y E 412 F;

   d) se mantiene el formulario E 413 F, pero no puede aplicarse en el EEE.

2. Las autoridades competentes de los Estados miembros pondrán a disposición de los interesados (derechohabientes, instituciones, empresarios, etc.) los formularios ajustados a los modelos que se adjuntan.

3. Los formularios estarán disponibles en las lenguas oficiales de la Comunidad y se presentarán de tal manera que las diferentes versiones puedan superponerse perfectamente para permitir que cada destinatario (derechohabiente, institución, empresario, etc.) reciba los formularios impresos en su lengua nacional.

4. La presente Decisión será aplicable el primer día del mes siguiente al de su publicación en el *Diario Oficial de las Comunidades Europeas*.

El Presidente

de la Comisión Administrativa

Arno BOKELOH

COMUNIDADES EUROPEAS
Reglamentos de Seguridad Social
EEE*

Véanse instrucciones en la página 4

E 401 ☐ (1)

CERTIFICACIÓN RELATIVA A LA COMPOSICIÓN DE LA FAMILIA A EFECTOS DE LA CONCESIÓN DE PRESTACIONES FAMILIARES

Reglamento 1408/71: artículo 73; artículo 74; artículo 77; artículo 78
Reglamento 574/72: artículo 86.2; artículo 88; artículo 90; artículo 91; artículo 92

A. Solicitud de certificación

1
- ☐ Trabajador por cuenta ajena
- ☐ Trabajador por cuenta propia
- ☐ Persona a cuyo cargo está el huérfano
- ☐ Titular de pensión (régimen de trabajadores por cuenta ajena) (4)
- ☐ Titular de pensión (régimen de trabajadores por cuenta propia (4)
- ☐ Huérfano

1.1 Apellido(s) (1*bis*)
.....

1.2 Nombre ..... Apellidos anteriores (1*bis*) ..... Lugar de nacimiento (2) .....

1.3 Fecha de nacimiento ..... Sexo ..... Nacionalidad ..... D.N.I. (3) .....

1.4 Número de identificación .....

1.5 Estado civil ☐ soltero ☐ casado ☐ viudo ☐ divorciado ☐ separado (5) ☐ cohabitante (6) (7)

1.6 Dirección en el país de residencia de los miembros de la familia
Calle: ..... nº: .....
Código postal: ..... Población: ..... País: .....

2
- ☐ Cónyuge
- ☐ Cónyuge divorciado o separado del trabajador o titular de pensión
- ☐ Padre/madre superviviente (8)
- ☐ Cohabitante (6) (7)

2.1 Apellido(s) (1*bis*)
.....

2.2 Nombre ..... Apellidos anteriores (1*bis*) ..... Lugar de nacimiento (2) .....

2.3 Fecha de nacimiento ..... Sexo ..... Nacionalidad ..... D.N.I. (3) .....

2.4 Ejercicio de una actividad remunerada ☐ sí ☐ no

2.5 Dirección
Calle: ..... nº: .....
Código postal: ..... Población: ..... País: .....

3 Persona o personas, distinta(s) del cónyuge, en cuyo(s) hogar(es) viven los miembros de la familia (9)

3.1 Apellido(s) (1*bis*)/Denominación (persona jurídica)
.....

3.2 Nombre ..... Apellidos anteriores (1*bis*) ..... Lugar de nacimiento (2) .....

3.3 Fecha de nacimiento ..... Sexo ..... Nacionalidad ..... D.N.I. (3) .....

3.4 Relación de parentesco con el o los hijos .....

3.5 Ejercicio de una actividad remunerada ☐ sí ☐ no

3.6 Dirección
Calle: ..... nº: .....
Código postal: ..... Población: ..... País: .....

4 Miembros de la familia para los que se solicita la concesión de prestaciones familiares que viven con la persona mencionada en el recuadro 2 o en el recuadro 3

Apellidos	Nombres	Fecha de nacimiento ([10])	Parentesco ([11])	Lugar de residencia

5 Nombre y dirección de la institución competente para la concesión de prestaciones familiares

5.1 Denominación: .....

5.2 Dirección ([12]): .....

.....

5.3 Número de referencia del expediente: .....

B. Certificación

La parte B de este formulario deberá cumplimentarla la oficina encargada del registro civil o la autoridad o administración competente en cuestiones de estado civil del país de residencia de los miembros de la familia (13).

6 Composición de la familia en la que viven los miembros mencionados en el recuadro 4

6.1	Apellidos (1*bis*)	Nombres	Fecha de nacimiento (10)	Parentesco (11)
	1.			
	2.			
	3.			
	4.			
	5.			
	6.			
	7.			
	8.			
	9.			
	10.			

6.2 Observaciones (14)

.....

.....

7 Esta información se comunicará únicamente si el formulario va dirigido a una institución danesa, islandesa o noruega (15)

7.1 Persona que ejerce la patria potestad:

.....

7.2 El mantenimiento de los hijos con fondos públicos (16) ☐ se paga ☐ no se paga

7.3 La madre o el padre de los niños ☐ ha(n) fallecido ☐ no ha(n) fallecido (16)

En caso afirmativo, fecha del fallecimiento: .....

7.4 La madre o el padre de los niños una pensión de vejez o invalidez ☐ percibe ☐ no percibe (16)

8 Oficina encargada del registro civil o autoridad o administración competente en cuestiones de estado civil (13)

La exactitud de la información citada anteriormente ha sido verificada en los documentos oficiales que obran en nuestro poder por:

8.1 Nombre y dirección de la oficina encargada del registro civil, autoridad o administración (12) : .....

.....

8.2 Sello

8.3 Fecha: .....

8.4 Firma

.....

INSTRUCCIONES

Este formulario deberá cumplimentarse en caracteres de imprenta, utilizando únicamente las líneas de puntos. Ninguna de las cuatro páginas de que consta podrá suprimirse, aunque no contenga ningún dato. Deberá cumplimentarse en la lengua de la autoridad indicada en el recuadro 8.

NOTAS

* Acuerdo EEE sobre el Espacio Económico Europeo, Anexo VI, Seguridad Social: a efectos de dicho Acuerdo, el presente formulario también será aplicable a Austria, Finlandia, Islandia, Liechtenstein, Noruega y Suecia.

(1) Sigla del país al que pertenece la institución que cumplimenta el formulario: B = Bélgica; DK = Dinamarca; D = Alemania; GR = Grecia; E = España; F = Francia; IRL = Irlanda; I = Italia; L = Luxemburgo; NL = Países Bajos; P = Portugal; GB = Reino Unido; A = Austria; FIN = Finlandia; IS = Islandia; FL = Liechtenstein; N = Noruega; S = Suecia.

(1*bis*) Para los nacionales españoles, indicar los dos apellidos de nacimiento.
Para los nacionales portugueses, indicar el nombre completo (nombre y apellidos) en el orden del registro civil, tal y como aparecen en el documento de identidad o el pasaporte.

(2) Cuando se trate de distritos portugueses, indicar también la parroquia y el municipio.

(3) Para los nacionales españoles, indicar el número del documento nacional de identidad, si se posee, aunque el documento esté caducado. En caso de que no se posea, indicar expresamente: «ninguno».

(4) Dinamarca, Liechtenstein y Noruega no establecen ninguna diferencia entre titular de pensión (régimen de trabajadores por cuenta propia).

(5) Si se dirige a las instituciones noruegas, indicar la fecha de separación:
.....

(6) Si se dirige a las instituciones danesas, islandesas y noruegas.

(7) Esta información deberá proceder de una declaración de la persona interesada.

(8) Salvo si se menciona en el recuadro 1.

(9) Para la legislación portuguesa tanto los descendientes de personas con empleos remunerados como los de titulares de pensiones tienen derecho a percibir prestaciones familiares. Los descendientes cuya relación supera el primer grado de parentesco (por ejemplo: los nietos) sólo pueden percibir prestaciones familiares en los casos en que este derecho no está reconocido en el seguro social de ninguno de los padres.

(10) Si se dirige a las instituciones danesas y noruegas, mencionar únicamente los hijos menores de 18 años.

(11) Indicar el parentesco de cada miembro de la familia con el trabajador, por medio de las abreviaturas siguientes:
A = hijo legítimo. En España, hijo nacido del matrimonio (matrimonial) e hijo nacido fuera del matrimonio (no matrimonial).
B = hijo legitimado.
C = hijo adoptivo.
D = hijo natural (cuando la declaración se cumplimente en nombre del padre, no se deberán mencionar los hijos naturales más que cuando la paternidad o la obligación de alimentos del trabajador haya sido reconocida oficialmente).
E = hijo de un cónyuge que pertenece a la familia del trabajador.
F = nietos, hermanos y hermanas que el interesado haya acogido en su casa. También los sobrinos hasta el tercer grado de parentesco si la institución competente fuere una institución griega.
G = otros niños que dependen permanentemente del matrimonio, en pie de igualdad con los hijos del trabajador (niños recogidos).
Los demás parentescos (por ejemplo: abuelo) deberán indicarse con todas sus letras. Si un hijo está casado, divorciado o es viudo, indíquese en los puntos 4 y 6.1. Indíquese también si un hijo es huérfano de padre o madre, cuando la información vaya dirigida a las instituciones griegas.

(12) Calle, número, código postal, población, país.

(13) En **España**, la Dirección Provincial del Instituto Nacional de Seguridad Social del lugar de residencia o la Autoridad Municipal, en su caso. Cuando se trate de trabajadores del mar, la Dirección Provincial del Instituto Social de la Marina.
En **Francia**, la «mairie» (ayuntamiento) o la «caisse d'allocations familiales» (Caja de subsidios familiares).
En **Irlanda**, «Child Benefit Section, Department of Social Welfare» (Sección de subsidios infantiles del Ministerio de Previsión Social), St. Oliver Plunkett Road, Letterkenny, Co. Donegal.
En **Portugal**, la «Junta de Freguesia» (Consejo de parroquia) del lugar de residencia de los miembros de la familia.
En el **Reino Unido**, el «Department of Social Security, Benefits Agency, Child Benefit Centre (Washington)» (Ministerio de Seguridad Social, Servicio de subsidios infantiles), PO Box 1, Newcastle-Upon-Tyne, NE 88 1AA o, en su caso, «Northern Ireland Social Security Agency, Child Benefit Office» (Instituto de Seguridad Social de Irlanda del Norte, Servicio de subsidios infantiles), Belfast.
En **Finlandia**, «Social Insurance Institution» (Instituto de Seguridad Social), Helsinki.
En **Suecia**, el «försäkringskassan» (Oficina del Seguro Social) del lugar de residencia.

(14) Si alguno de los hijos no reside en la dirección señalada en los puntos 2.5 o 3.6, sírvase indicar la otra dirección. Si se dirige a las instituciones noruegas, indicar si alguno de los hijos reside en un orfanato, una escuela especial u otro centro.

(15) Esta información sólo se comunicará si la administración correspondiente dispone de dichos datos.

(16) Táchese lo que no proceda.

COMUNIDADES EUROPEAS
Reglamentos de Seguridad Social
EEE*

Véanse instrucciones en la página 3

E 402 ☐ (1)

CERTIFICACIÓN DE REALIZACIÓN DE ESTUDIOS PARA LA CONCESIÓN DE PRESTACIONES FAMILIARES

Reglamento 1408/71: artículo 73; artículo 74; artículo 77; artículo 78
Reglamento 574/72: artículo 86; artículo 88; artículo 90; artículo 91; artículo 92

A. Solicitud de certificación

A cumplimentar por la institución competente para la concesión de las prestaciones familiares. Si el formulario va dirigido a una institución belga, se deberá adjuntar el formulario E 402 Anexo.

1 Solicitante de prestaciones familiares

- ☐ Trabajador por cuenta ajena
- ☐ Trabajador por cuenta propia
- ☐ Otras personas distintas de las anteriormente citadas
- ☐ Titular de pensión (régimen de trabajadores por cuenta ajena)
- ☐ Titular de pensión (régimen de trabajadores por cuenta propia)
- ☐ Huérfano

1.1 Apellido(s) (1*bis*) .....

1.2 Nombre ..... Apellidos anteriores (1*bis*) ..... Lugar de nacimiento (2) .....

1.3 Fecha de nacimiento ..... Sexo ..... Nacionalidad ..... D.N.I. (3) .....

1.4 Dirección (5): .....

2 Alumno o estudiante

2.1 Apellido(s) (1*bis*) .....

2.2 Nombre ..... Apellidos anteriores (1*bis*) .....

2.3 Lugar de nacimiento (2) (4) ..... Fecha de nacimiento ..... Sexo .....

2.4 Dirección (5): .....

3 Institución competente para la concesión de las prestaciones familiares

3.1 Denominación: .....

3.2 Dirección (5): .....

3.3 Número de referencia del expediente: .....

3.4 Sello

3.5 Fecha: .....

3.6 Firma .....

B. Certificación

La deberá cumplimentar el centro (escuela o centro de enseñanza superior o universitaria) y se deberá enviar a la institución indicada en el recuadro 3.

4

4.1 La persona indicada en el recuadro 2 frecuenta el centro de enseñanza mencionado en el recuadro 6

desde el .....

4.2 El curso escolar comenzó el .....

4.3 Clase de escuela (6) .....

Cuando se trate de un centro privado, indicar si se sigue el programa de estudios oficialmente reconocido u otro similar (7)

4.4 La enseñanza en este centro se prolongará probablemente hasta el .....

4.5 El número de horas del curso es de ..... semanales

Estas horas se reparten en ..... medias jornadas (8)

4.6 Indicar el número de horas necesarias para realizar trabajo en casa ..... semanales (9)

5 Recuadro que sólo se deberá cumplimentar si la información se dirige a las instituciones francesas, luxemburguesas o de los Países Bajos

5.1 La persona mencionada en el recuadro 2 frecuenta el centro que figura en el recuadro 6, en el que realiza estudios

☐ de tipo general ☐ de tipo técnico o profesional

☐ superiores o universitarios ☐ otros (especificar)

5.2 Casos particulares (especificar)

☐ curso por correspondencia ☐ curso nocturno

☐ curso de duración semanal inferior a 20 horas

☐ período escolar inferior al curso escolar del

..... al .....

☐ otros .....

5.3 Importe de las matrículas, tasas (9): .....

5.4 La persona mencionada en el recuadro 2, ¿percibe una beca de estudios? (6)

☐ sí ☐ no

5.4.1 Importe de la beca: .....

6 Escuela, universidad o centro de enseñanza superior

6.1 Denominación: .....

6.2 Dirección (5): .....

.....

6.3 Sello

6.4 Fecha: .....

6.5 Firma

.....

INSTRUCCIONES

Este formulario deberá cumplimentarse en caracteres de imprenta, utilizando únicamente las líneas de puntos. Deberá cumplimentarse en la lengua del centro indicado en el recuadro 6.

NOTAS

* Acuerdo EEE sobre el Espacio Económico Europeo, Anexo VI, Seguridad Social: a efectos de dicho Acuerdo, el presente formulario también será aplicable a Austria, Finlandia, Islandia, Liechtenstein, Noruega y Suecia.

(1) Sigla del país al que pertenece la institución que cumplimenta el formulario: B = Bélgica; DK = Dinamarca; D = Alemania; GR = Grecia; E = España; F = Francia; IRL = Irlanda; I = Italia; L = Luxemburgo; NL = Países Bajos; P = Portugal; GB = Reino Unido; A = Austria; FIN = Finlandia; IS = Islandia; FL = Liechtenstein; N = Noruega; S = Suecia.

(1*bis*) Para los nacionales españoles, indicar los dos apellidos de nacimiento.
Para los nacionales portugueses, indicar el nombre completo (nombre y apellidos) en el orden del registro civil, tal y como aparecen en el documento de identidad o el pasaporte.

(2) Cuando se trate de distritos portugueses, indicar también la parroquia y el municipio.

(3) Para los nacionales españoles, indicar el número del documento nacional de identidad, si se posee, aunque el documento esté caducado. En caso de que no se posea, indicar expresamente: «ninguno».

(4) Para los nacionales suecos, esta información sólo se podrá comunicar si se califica de necesaria.

(5) Calle, número, código postal, localidad, país.

(6) Indicar si se trata de una escuela pública, de una escuela privada o de una escuela colocada bajo el control del Estado. Se cumplimentará únicamente cuando la institución indicada en el recuadro 3 sea una institución del Reino Unido.

(7) Si se dirige a las instituciones alemanas.

(8) A cumplimentar si el formulario va dirigido a una institución belga o finlandesa; el número de medias jornadas se indicará cuando se trate de enseñanza escolar primaria o secundaria.

(9) Si se dirige a las instituciones de los Países Bajos.

E 402 Anexo ☐ (1)

A cumplimentar por la escuela o centro de enseñanza superior o universitaria mencionado en el recuadro 2 cuando la solicitud de prestaciones familiares deba presentarse en una institución belga.

1

1.1 ¿En cuántas medias jornadas y en cuántas horas semanales se reparten los cursos?
medias jornadas ..... horas .....

1.2 Las clases ☐ se imparten ☐ no se imparten antes de las 19 horas

1.3 El alumno ☐ asiste regularmente ☐ no asiste regularmente a las clases

En caso negativo, indicar el número de días de ausencia y el motivo:
.....

1.4 Los cursos mencionados en el punto 1.1 anterior

a) ☐ incluyen ☐ no incluyen
las horas de prácticas fuera del centro necesarias para la obtención de un diploma oficial

En caso afirmativo, indicar el sueldo bruto o salario bruto abonados o las indemnizaciones brutas concedidas:
.....

b) ☐ incluyen ☐ no incluyen
las horas dedicadas a ejercicios prácticos en el centro
En caso afirmativo, indicar el número de horas por semana: .....

c) ☐ incluyen ☐ no incluyen
las horas dedicadas a estudiar en el centro
En caso afirmativo, indicar el número de horas por semana: .....

1.5 Tipos de enseñanza impartida

☐ formación general ☐ enseñanza técnica o profesional ☐ enseñanza artística
☐ formación superior no universitaria ☐ formación universitaria

1.6 El alumno ☐ está elaborando ☐ no está elaborando
una tesis
En caso afirmativo, indicar
— ¿desde qué fecha? .....
— ¿cuándo ha de presentarla? .....

1.7 El programa de estudios

☐ está ☐ no está oficialmente reconocido
☐ corresponde ☐ no corresponde a un programa oficialmente reconocido

1.8 Indicar los períodos de vacaciones
— vacaciones de Navidad: del ..... al .....
— vacaciones de Semana Santa: del ..... al .....
— vacaciones de verano: del ..... al .....

2 Escuela, universidad o centro de enseñanza superior

2.1 Denominación: .....
.....

2.2 Dirección (5): .....
.....

2.3 Sello

2.4 Fecha: .....

2.5 Firma
.....

COMUNIDADES EUROPEAS
Reglamentos de Seguridad Social
EEE*

Véanse instrucciones en la página 3

E 403 ☐ (1)

CERTIFICACIÓN DE APRENDIZAJE Y/O DE ESTUDIOS DE FORMACIÓN PROFESIONAL PARA LA CONCESIÓN DE PRESTACIONES FAMILIARES

Reglamento 1408/71: artículo 73; artículo 74; artículo 77; artículo 78
Reglamento 574/72: artículo 86; artículo 88; artículo 90; artículo 91; artículo 92

A. Solicitud de certificación

A cumplimentar por la institución competente para la concesión de las prestaciones familiares. Si el formulario va dirigido a una institución francesa, se deberá cumplimentar el formulario E 403 Anexo, cuando el interesado curse formación profesional.

1 Solicitante de prestaciones familiares

- ☐ Trabajador por cuenta ajena
- ☐ Trabajador por cuenta propia
- ☐ Personas distintas de las citadas anteriormente
- ☐ Titular de pensión (régimen de trabajadores por cuenta ajena)
- ☐ Titular de pensión (régimen de trabajadores por cuenta propia)
- ☐ Huérfano

1.1 Apellido(s) (1*bis*)
.....

1.2 Nombre ..... Apellidos anteriores (1*bis*) ..... Lugar de nacimiento (2) .....

1.3 Fecha de nacimiento ..... Sexo ..... Nacionalidad ..... D.N.I. (3) .....

1.4 Dirección en el país de residencia del aprendiz (4): .....
.....

2 ☐ Aprendiz ☐ Estudiante de formación profesional (5)

2.1 Apellido(s) (1*bis*)
.....

2.2 Nombre ..... Apellidos anteriores (1*bis*) .....

2.3 Lugar de nacimiento (2) ..... Fecha de nacimiento ..... Sexo .....

2.4 Dirección (4): .....
.....

3 Institución competente para la concesión de las prestaciones familiares

3.1 Denominación: .....
3.2 Dirección (4): .....
.....
3.3 Número de referencia del expediente: .....
3.4 Sello

3.5 Fecha: .....
3.6 Firma
.....

B. Certificación

La deberá cumplimentar la persona, la empresa o la institución encargada del aprendizaje y se deberá enviar al organismo encargado del control del aprendizaje, quien deberá hacerla llegar a la institución indicada en el recuadro 3.

4 Información relativa al aprendizaje

4.1 La persona indicada en el recuadro 2 nos ha sido confiada
desde el .....
para su formación en el oficio de: .....

4.2 El aprendizaje ocupa ☐ ..... días por semana ☐ ..... horas por semana
y se prolongará hasta el: .....

4.3 El aprendiz

☐ recibe

☐ una subvención por aprendizaje ☐ neta ☐ bruta
o una remuneración
☐ semanal ☐ mensual de .....

☐ otras prestaciones (6) por
☐ vivienda ☐ pensión completa ☐ media pensión
☐ propinas ☐ ..... comidas al día ☐ otras (7)

del ..... al ..... por un total de .....

☐ no recibe

☐ subvención por aprendizaje ni remuneración ☐ otras prestaciones

4.4 Lugar de trabajo: .....

4.5 Nombre de la persona, la empresa o la institución encargada del aprendizaje:
.....

4.6 Dirección (4): .....
.....

4.7 Sello

4.8 Fecha: .....

4.9 Firma
.....

5 Visto bueno del organismo encargado del control del aprendizaje (8)

5.1 Denominación: .....

5.2 Dirección (4): .....
.....

5.3 Sello

5.4 Fecha: .....

5.5 Firma
.....

INSTRUCCIONES

Este formulario deberá cumplimentarse en caracteres de imprenta, utilizando únicamente las líneas de puntos. Ninguna de las tres páginas de que consta podrá suprimirse, aunque no contenga ningún dato. Deberá cumplimentarse en la lengua del organismo indicado en el recuadro 5.

NOTAS

* Acuerdo EEE sobre el Espacio Económico Europeo, Anexo VI, Seguridad Social: a efectos de dicho Acuerdo, el presente formulario también será aplicable a Austria, Finlandia, Islandia, Liechtenstein, Noruega y Suecia.

(1) Sigla del país al que pertenece la institución que cumplimenta el formulario: B = Bélgica; DK = Dinamarca; D = Alemania; GR = Grecia; E = España; F = Francia; IRL = Irlanda; I = Italia; L = Luxemburgo; NL = Países Bajos; P = Portugal; GB = Reino Unido; A = Austria; FIN = Finlandia; IS = Islandia; FL = Liechtenstein; N = Noruega; S = Suecia.

(1*bis*) Para los nacionales españoles, indicar los dos apellidos de nacimiento.
Para los nacionales portugueses, indicar el nombre completo (nombre y apellidos) en el orden del registro civil, tal y como aparecen en el documento de identidad o el pasaporte.

(2) Cuando se trate de distritos portugueses, indicar también la parroquia y el municipio.

(3) Para los nacionales españoles, indicar el número del documento nacional de identidad, si se posee, aunque el documento esté caducado. En caso de que no se posea, indicar expresamente: «ninguno».

(4) Calle, número, código postal, población, país.

(5) Si se dirige a las instituciones francesas, cuando se trate de formación profesional deberá cumplimentarse el formulario E 403 Anexo.

(6) Cuando el formulario vaya dirigido a una institución del Reino Unido, detallar la cuantía de estas prestaciones en el siguiente recuadro:

Vivienda:	.....	Otras prestaciones:	.....
Pensión completa:	.....		
Media pensión:	.....		
Propinas:	.....		
Comidas:	.....		

(7) En su caso, especificar estas «otras prestaciones» en el siguiente recuadro:

.....
.....
.....
.....

(8) Este recuadro lo cumplimentarán las siguientes instituciones:
- en Irlanda, «Child Benefit Section, Department of Social Welfare» (Sección de subsidios infantiles del Ministerio de Previsión Social), St. Oliver Plunkett Road, Letterkenny, Co. Donegal;
- en Italia, «Ufficio provinciale del lavoro e della massima occupazione» (Oficina provincial de trabajo y pleno empleo);
- en el Reino Unido, «Department of Social Security, Benefits Agency, Overseas Benefits Directorate» (Ministerio de Seguridad Social, Servicio internacional), Newcastle-Upon-Tyne o «Northern Ireland Social Security Agency, Child Benefit Office» (Instituto de Seguridad Social de Irlanda del Norte, Servicio de subsidios infantiles).

(9) De acuerdo con la legislación francesa, se trata de los programas de formación previa y de preparación a la vida profesional que tengan por objeto permitir que toda persona que carezca de cualificaciones profesionales y de contrato de trabajo acceda a un nivel que le permita realizar un curso de formación profesional propiamente dicho o incorporarse directamente a la vida profesional.

(10) Indicar el importe recibido en la divisa del Estado en cuyo territorio se lleva a cabo la formación profesional.

(11) En caso de que exista dicho organismo en el país donde se lleva a cabo la formación profesional.

E 403 Anexo ☐ (1)

A cumplimentar cuando la solicitud de prestaciones familiares deba presentarse en una institución francesa y se refiera a una persona que este cursando estudios de formación profesional (9).

1 Información sobre la formación profesional (9)

1.1 La persona mencionada en el recuadro 2 del formulario E 403

☐ realiza estudios de formación profesional desde el .....

☐ ha realizado estudios de formación profesional del ..... al .....

1.2 ¿Tiene un contrato de trabajo para esta formación?

☐ sí ☐ no

1.3 Tipo de formación recibida: .....

.....

1.4 Duración total de la formación: ..... (meses, semanas)

1.5 Número de horas de formación:

- parte teórica ☐ ..... por semana ☐ ..... al mes
- cursos prácticos ☐ ..... por semana ☐ ..... al mes

1.6 ¿Recibe una remuneración durante la formación? ☐ sí ☐ no

En caso afirmativo, tipo de remuneración: .....

Importe mensual neto (10): .....

1.7 Lugar donde se imparte la formación: .....

1.8 Nombre de la persona, de la empresa o de la institución encargada de la formación:

.....

1.9 Dirección (4): .....

.....

1.10 Sello

1.11 Fecha: .....

1.12 Firma

.....

2 Visto bueno del organismo encargado del control del aprendizaje (11)

2.1 Denominación: .....

.....

2.2 Dirección (4): .....

.....

2.3 Sello

2.4 Fecha: .....

2.5 Firma

.....

COMUNIDADES EUROPEAS
Reglamentos de Seguridad Social
EEE*

Véanse instrucciones en la página 3

E 404 ☐ (1)

CERTIFICADO MÉDICO PARA LA CONCESIÓN DE PRESTACIONES FAMILIARES

Reglamento 1408/71: artículo 73; artículo 74; artículo 77; artículo 78
Reglamento 574/72: artículo 86; artículo 88; artículo 90; artículo 91; artículo 92

A. Solicitud de certificación

A cumplimentar por la institución competente para la concesión de las prestaciones familiares.

1 Solicitante de prestaciones familiares

- ☐ Trabajador por cuenta ajena
- ☐ Trabajador por cuenta propia
- ☐ Persona distinta de las citadas anteriormente
- ☐ Titular de pensión (régimen de trabajadores por cuenta ajena)
- ☐ Titular de pensión (régimen de trabajadores por cuenta propia)
- ☐ Huérfano

1.1 Apellido(s) (1*bis*)
.....

1.2 Nombre ..... Apellidos anteriores (1*bis*) ..... Lugar de nacimiento (2) .....

1.3 Fecha de nacimiento ..... Sexo ..... Nacionalidad ..... D.N.I. (3) .....

1.4 Dirección (4): .....
.....

2 Persona a quien se refiere el presente certificado médico

2.1 Apellido(s) (1*bis*)
.....

2.2 Nombre ..... Apellidos anteriores (1*bis*) .....

2.3 Lugar de nacimiento (2) ..... Fecha de nacimiento ..... Sexo .....

2.4 Dirección (4): .....
.....

3 Institución competente para la concesión de las prestaciones familiares

3.1 Denominación: .....
3.2 Dirección (4): .....
.....
3.3 Número de referencia del expediente: .....
3.4 Sello

3.5 Fecha: .....
3.6 Firma
.....

B. Certificación

La deberá cumplimentar el médico designado por el organismo de enlace (5) *del país de residencia de la persona examinada y se deberá dirigir a la institución indicada en el recuadro 3.*

4

4.1 a) Las facultades físicas o mentales de la persona examinada

☐ están disminuidas ☐ no están disminuidas

En caso afirmativo, porcentaje de disminución: ..... %

b) La persona examinada ☐ es capaz de ganarse la vida

☐ es incapaz de ganarse la vida por causa de deficiencia física o mental

c) La persona examinada ☐ es ☐ no es ama de casa

En caso afirmativo: ☐ está ☐ no está en condiciones de realizar las labores del hogar

d) Observaciones:

.....

.....

.....

e) Descripción del estado de la persona examinada:

.....

.....

.....

4.2 Fecha del inicio de la incapacidad o enfermedad (indíquese con la mayor precisión posible):

.....

4.3 Duración probable: .....

4.4 a) Un nuevo reconocimiento ☐ es necesario ☐ no es necesario

b) En caso afirmativo, fecha del reconocimiento: .....

5

5.1 Apellidos y nombre del médico: .....

5.2 Dirección (4): .....

.....

5.3 Fecha: .....

5.4 Firma

.....

INSTRUCCIONES

Este formulario deberá cumplimentarse en caracteres de imprenta, utilizando únicamente las líneas de puntos. Ninguna de las tres páginas de que consta podrá suprimirse, aunque no contenga ningún dato. Deberá cumplimentarse en la lengua del médico que extiende el certificado.

NOTAS

* Acuerdo EEE sobre el Espacio Económico Europeo, Anexo VI, Seguridad Social: a efectos de dicho Acuerdo, el presente formulario también será aplicable a Austria, Finlandia, Islandia, Liechtenstein, Noruega y Suecia.

(1) Sigla del país al que pertenece la institución que cumplimenta el formulario: B = Bélgica; DK = Dinamarca; D = Alemania; GR = Grecia; E = España; F = Francia; IRL = Irlanda; I = Italia; L = Luxemburgo; NL = Países Bajos; P = Portugal; GB = Reino Unido; A = Austria; FIN = Finlandia; IS = Islandia; FL = Liechtenstein; N = Noruega; S = Suecia.

(1*bis*) Para los nacionales españoles, indicar los dos apellidos de nacimiento.
Para los nacionales portugueses, indicar el nombre completo (nombre y apellidos) en el orden del registro civil, tal y como aparecen en el documento de identidad o el pasaporte.

(2) Cuando se trate de distritos portugueses, indicar también la parroquia y el municipio.

(3) Para los nacionales españoles, indicar el número del documento nacional de identidad, si se posee, aunque el documento esté caducado. En caso de que no se posea, indicar expresamente: «ninguno».

(4) Calle, número, código postal, población, país.

(5) O el médico de la Caja designado por el organismo de enlace.

COMUNIDADES EUROPEAS
Reglamentos de Seguridad Social
EEE*

Véanse instrucciones en la página 3

E 405 ☐ (1)

CERTIFICACIÓN RELATIVA A LA TOTALIZACIÓN DE LOS PERÍODOS DE SEGURO, DE EMPLEO O DE ACTIVIDAD POR CUENTA PROPIA, O A OCUPACIONES SUCESIVAS EN VARIOS ESTADOS MIEMBROS, ENTRE LAS FECHAS DE PAGO PREVISTAS EN LA LEGISLACIÓN DE DICHOS ESTADOS

Reglamento 1408/71: artículo 12; artículo 72
Reglamento 574/72: artículo 10 bis; *artículo 85, 2 y 3*

Esta certificación será expedida a petición del interesado. En su caso, la institución competente se dirigirá, para obtenerla, a la última institución a la que el asegurado haya estado anteriormente afiliado.

A. A cumplimentar por la institución competente para la concesión de las prestaciones familiares de la que dependa el asegurado.

1 ☐ Trabajador por cuenta ajena ☐ Trabajador por cuenta propia ☐ Desempleado

1.1 Apellido(s) (1*bis*)
.....

1.2 Nombre ..... Apellidos anteriores (1*bis*) ..... Lugar de nacimiento (2) .....

1.3 Fecha de nacimiento ..... Sexo ..... Nacionalidad ..... D.N.I. (3) .....

1.4 Estado civil ☐ soltero ☐ casado ☐ viudo ☐ divorciado ☐ separado ☐ cohabitante (4) (5)

1.5 Dirección (6): .....
.....

2 Persona que deberá percibir las prestaciones familiares

2.1 Apellido(s) (1*bis*)
.....

2.2 Nombre ..... Apellidos anteriores (1*bis*) ..... Lugar de nacimiento (2) .....

2.3 Fecha de nacimiento ..... Sexo ..... Nacionalidad ..... D.N.I. (3) .....

2.4 Dirección (6): .....
.....

3 Período sobre el que se solicita la información

3.1 Del ..... al .....

3.2 Nombre y dirección del empresario (7): .....

3.3 Tipo de actividad por cuenta propia (7): .....

4 Institución de la que dependía anteriormente el asegurado en virtud de una actividad por cuenta ajena o por cuenta propia

4.1 Denominación: .....

4.2 Dirección (6): .....
.....

5 Institución del lugar de residencia de los miembros de la familia

5.1 Denominación: .....

5.2 Dirección (6): .....
.....

6 Institución de la que depende actualmente el asegurado

6.1 Denomicación: .....

6.2 Dirección (6): .....

.....

6.3 Número de referencia del expediente: .....

6.4 Sello

6.5 Fecha: .....

6.6 Firma

.....

B. A cumplimentar por la última institución competente para la concesión de las prestaciones familiares de la que haya dependido el asegurado con anterioridad.

7

7.1 Certificamos que la persona asegurada cuyos datos figuran en el recuadro 1 ha estado asegurada del ..... al ..... (8) .....

7.2 en (9) .....

7.3 ☐ Tiene derecho ☐ no tiene derecho a prestaciones familiares

7.4 Le han sido abonadas prestaciones familiares del ..... al .....

7.5 Miembros de la familia por quienes se abonaron las prestaciones familiares:

7.5.1 Apellidos	Nombre	Fecha de nacimiento	Importe mensual
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

7.5.2 Indicar si los importes están ajustados: .....

.....

8 Institución de la que dependió el asegurado en último lugar en virtud de una actividad por cuenta ajena o por cuenta propia

8.1 Denominación: .....

8.2 Dirección (6): .....

.....

.....

8.3 Sello

8.4 Fecha: .....

8.5 Firma

.....

9 Observaciones: .....

.....

INSTRUCCIONES

Este formulario deberá cumplimentarse en caracteres de imprenta, utilizando únicamente las líneas de puntos. Ninguna de las tres páginas de que consta podrá suprimirse, aunque no contenga ningún dato

NOTAS

* Acuerdo EEE sobre el Espacio Económico Europeo, Anexo VI, Seguridad Social: a efectos de dicho Acuerdo, el presente formulario también será aplicable a Austria, Finlandia, Islandia, Liechtenstein, Noruega y Suecia.

(1) Sigla del país al que pertenece la institución que cumplimente el formulario: B = Bélgica; DK = Dinamarca; D = Alemania; GR = Grecia; E = España; F = Francia; IRL = Irlanda; I = Italia; L = Luxemburgo; NL = Países Bajos; P = Portugal; GB = Reino Unido; A = Austria; FIN = Finlandia; IS = Islandia; FL = Liechtenstein; N = Noruega: S = Suecia.

(1*bis*) Para los nacionales españoles, indicar los dos apellidos de nacimiento.
Para los nacionales portugueses, indicar el nombre completo (nombre y apellidos) en el orden del registro civil, tal y como aparecen en el documento de identidad o el pasaporte.

(2) Cuando se trate de distritos portugueses, indicar también la parroquia y el municipio.

(3) Para los nacionales españoles, indicar el número del documento nacional de identidad, si se posee, aunque el documento esté caducado. En caso de que no se posea, indicar expresamente: «ninguno».

(4) Si se dirige a las instituciones danesas, islandesas y noruegas.

(5) Esta información deberá proceder de una declaración de la persona interesada.

(6) Calle, número, código postal, población, país.

(7) Para el período anterior al traslado del trabajador al Estado miembro de cuya lagislación depende en la actualidad.

(8) a) Si se dirige a las instituciones griegas, indicar el número de días de trabajo cubiertos durante el año civil anterior al de solicitud de las prestaciones familiares.

b) Si se dirige a las instituciones belgas, indicar en el recuadro siguiente el número de días de trabajo por cuenta ajena o por cuenta propia:

número de días de trabajo por cuenta ajena:	.....
número de días de trabajo por cuenta propia:	.....

c) Si se dirige a las instituciones francesas, indicar en el recuadro siguiente el número de días y horas de trabajo por cuenta ajena, así como la remuneración bruta recibida:

	Número de días de trabajo por cuenta ajena	Número de horas de trabajo por cuenta ajena	Remuneración bruta recibida
Durante el último mes			
Durante el último trimestre			
Durante el último semestre			

(9) País en el que se ha ejercido la actividad considerada.

COMUNIDADES EUROPEAS
Reglamentos de Seguridad Social
EEE*

Ver «instrucciones» siguiente

E 406 **F** (1)

CERTIFICACIÓN DE REALIZACIÓN DE EXÁMENES MÉDICOS POSNATALES

Reglamento 1408/71: artículo 73; artículo 74
Reglamento 574/72: artículo 86; artículo 88

Indicaciones dirigidas al asegurado

Para tener derecho a las prestaciones familiares francesas en virtud de los artículos 73 y 74, el niño deberá ser sometido exámenes médicos posnatales obligatorios. Uno de ellos se deberá realizar a la edad de nueve o diez meses y el otro a la edad de veinticuatro o veinticinco meses. En caso de no cumplirse esta obligación en los plazos señalados, se perderá parte de los derechos.

A. Solicitud de certificación

A cumplimentar por la institución competente para la concesión de las prestaciones familiares.

1 ☐ Trabajador por cuenta ajena ☐ Trabajador por cuenta propia

1.1 Apellido(s) (1 *bis*)
.....

1.2 Nombre ..... Apellidos anteriores (1 *bis*) ..... Lugar de nacimiento (1 *ter*) .....

1.3 Fecha de nacimiento ..... Sexo ..... Nacionalidad ..... D.N.I. (1 *quater*) .....

1.4 Dirección (2): .....
.....

2 Hijo a quien se refiere la presente certificación

2.1 Apellidos (1 *bis*)
.....

2.2 Nombre
.....

2.3 Lugar de nacimiento (1 *ter*) ..... Fecha de nacimiento ..... Sexo .....

2.4 Dirección (2): .....
.....

3 Institución competente para la concesión de las prestaciones familiares

3.1 Denominación: .....

3.2 Dirección (2) .....
.....

3.3 Número de referencia del expediente: .....

3.4 Sello

3.5 Fecha: .....

3.6 Firma
.....

B. Certificación

A cumplimentar por el médico que trata al niño o el médico elegido por la persona que tiene su custodia.

4

4.1 El niño cuyos datos aparecen en el recuadro 2 fue sometido el .....

4.2 ☐ a un examen médico a la edad de 9 o 10 meses

4.3 ☐ a un examen médico a la edad de 24 o 25 meses

5

5.1 Apellidos y nombre del médico: .....

5.2 Dirección (4): .....

.....

5.3 Fecha: .....

5.4 Firma

.....

INSTRUCCIONES

Este formulario deberá cumplimentarse en caracteres imprenta, utilizando únicamente la líneas de puntos.

NOTAS

* Acuerdo EEE sobre el Espacio Económico Europeo, Anexo VI, Seguridad Social: a efectos de dicho Acuerdo, el presente formulario también será aplicable a Austria, Finlandia, Islandia, Liechtenstein, Noruega y Suecia.

(1) Sigla del país a cuya legislación está sometido el trabajador: F = Francia.

(1 *bis*) Para los nacionales españoles, indicar los dos apellidos de nacimiento.
Para los nacionales portugueses, indicar el nombre completo (nombre y apellidos) en el orden del registro civil, tal y como aparecen en el documento de identidad o el pasaporte.

(1 *ter*) Cuando se trate de distritos portugueses, indicar también la parroquia y el municipio.

(1 *quater*) Para los nacionales españoles, indicar el número del documento nacional de identidad, si se posee, aunque el documento esté caducado. En caso de que no se posea, indicar expresamente: «ninguno».

(2) Calle, número, código postal, población, país.

COMUNIDADES EUROPEAS
Reglamentos de Seguridad Social
EEE*

Ver «Instrucciones» página 3

E 407 ☐ (1)

CERTIFICADO MÉDICO PARA LA CONCESIÓN DE UN SUBSIDIO FAMILIAR ESPECIAL O DE SUBSIDIOS FAMILIARES INCREMENTADOS PARA HIJOS CON MINUSVALÍAS

Reglamento 1408/71: artículo 73; artículo 74
Reglamento 574/72: artículo 86; artículo 88

A. Solicitud de certificación

A cumplimentar por la institución competente para la concesión de las prestaciones familiares.

1 ☐ Trabajador por cuenta ajena ☐ Trabajador por cuenta propia

1.1 Apellido(s) (1*bis*)
.....

1.2 Nombre ..... Apellidos anteriores (1*bis*) ..... Lugar de nacimiento (1*ter*) .....

1.3 Fecha de nacimiento ..... Sexo ..... Nacionalidad ..... D.N.I. (1*quater*) .....

1.4 Dirección (2): .....
.....

2 Hijo a quien se refiere la presente certificación

2.1 Apellido(s) (1*bis*)
.....

2.2 Nombre
.....

2.3 Lugar de nacimiento (1*ter*) ..... Fecha de nacimiento ..... Sexo .....

2.4 Dirección (2): .....
.....

3 Institución competente para la concesión de las prestaciones familiares

3.1 Denominación: .....

3.2 Dirección (2): .....
.....

3.3 Número de referencia del expediente: .....

3.4 Sello

3.5 Fecha: .....

3.6 Firma
.....

B. Certificación

El médico designado por la institución del lugar de residencia del niño examinado deberá cumplimentar esta página y la siguiente y enviarlas a la institución mencionada en el anterior recuadro 3. Se adjuntará toda la documentación médica reciente que sirva como justificante (fotografías, radiografías, resultados de exámenes médicos, etc.).

4

4.1 Edad del niño cuando se realizó el examen ..... años ..... meses,
Peso: ..... kilos ..... gramos Estatura: ..... centímetros

4.2 Retraso psicomotor
Retraso respecto al nivel normal de su edad: ☐ sí ☐ no
en caso afirmativo, especificar: .....

4.3 Autonomía

El niño, ¿puede incorporarse solo?	☐ sí	☐ no	¿Camina?	☐ sí	☐ no
¿Habla?	☐ sí	☐ no	¿Se viste solo?	☐ sí	☐ no
¿Come solo?	☐ sí	☐ no	¿Escribe?	☐ sí	☐ no (3)
			¿Es incontinente?	☐ sí	☐ no (3)

4.4 Asistencia
¿El niño necesita a causa de su estado la asistencia de otra persona? ☐ sí ☐ no
Asistencia constante? ☐ sí ☐ no ¿diaria pero discontinua? ☐ sí ☐ no
¿Requiere otras medidas? (especificar) .....

4.5 Naturaleza de la minusvalía principal
La minusvalía del niño es de naturaleza:
sensorial — visual .....
— auditiva .....
motriz .....
mental nivel mental .....
comportamiento .....
de otro tipo .....

4.6 Causa de la minusvalía (3)
— anomalía congénita ..... ☐ sí ☐ no
— enfermedad ..... ☐ sí ☐ no
fecha de aparición de la minusvalía: .....
— accidente ..... ☐ sí ☐ no
fecha del accidente: .....

4.7 Minusvalías asociadas
¿Cúales? .....
Otras deficiencias: .....

4.8 Otras observaciones
Minusvalías en la familia: .....
Exámenes complementarios anteriormente realizados .....
(en su caso, adjuntar copias de los informes de los mismos)

4.9 Tratamiento, incluidas rehabilitación y readaptación. ¿Qué tipos de tratamiento se aplican?
.....
¿Desde qué fecha? .....
¿Qué tipos de tratamiento se aconsejan? .....

4.10 Medidas de educación y formación
¿Qué tipo de educación y formación se aconseja? .....
.....
¿Desde qué fecha? .....
¿Qué tipo de educación y formación se aconseja? .....

4.11 Pronóstico
Especifíquese: .....
.....

5

5.1 Apellidos y nombre del médico .....

5.2 Dirección (4): .....

.....

5.3 Fecha: .....

5.4 Firma

.....

INSTRUCCIONES

Este formulario deberá cumplimentarse en caracteres de imprenta, utilizando únicamente las líneas de puntos. Ninguna de las tres páginas de que consta podrá suprimirse, aunque no contenga ningún dato. Deberá cumplimentarse en la lengua del médico que extiende el certificado.

NOTAS

* Acuerdo EEE sobre el Espacio Económico Europeo, Anexo VI, Seguridad Social: a efectos de dicho Acuerdo, el presente formulario también será aplicable a Austria, Finlandia, Islandia, Liechtenstein, Noruega y Suecia.

(1) B = Bélgica; DK = Dinamarca; D = Alemania; GR = Grecia; E = España; F = Francia; IRL = Irlanda; I = Italia; L = Luxemburgo; NL = Países Bajos; P = Portugal; GB = Reino Unido; A = Austria; FIN = Finlandia; IS = Islandia; FL = Liechtenstein; N = Noruega; S = Suecia.

(1*bis*) Para los nacionales españoles, indicar los dos apellidos de nacimiento.
Para los nacionales portugueses, indicar el nombre completo (nombre y apellidos) en el orden del registro civil, tal y como aparecen en el documento de identidad o el pasaporte.

(1*ter*) Cuando se trate de distritos portugueses, indicar también la parroquia y el municipio.

(1*quater*) Para los nacionales españoles, indicar el número del documento nacional de identidad, si se posee, aunque el documento esté caducado. En caso de que no se posea, indicar expresamente: «ninguno».

(2) Calle, número, código postal, población, país.

(3) A completar únicamente si la institución competente para la concesión de las prestaciones familiares es belga.

COMUNIDADES EUROPEAS
Reglamentos de Seguridad Social
EEE*

Ver «instrucciones» en la página 3

E 411 ☐ (1)

SOLICITUD DE INFORMACIÓN SOBRE EL DERECHO A PRESTACIONES FAMILIARES EN LOS ESTADOS MIEMBROS DE RESIDENCIA DE LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA

Reglamento 1408/71: artículo 76
Reglamento 574/72: artículo 10

A. Solicitud de certificación

La institución competente para el pago de las prestaciones familiares en el Estado miembro en el que el trabajador realiza una actividad por cuenta ajena o por cuenta propia, o del que percibe una pensión, que desee saber si los miembros de la familia tienen derecho, en su Estado miembro de residencia, a las prestaciones familiares, deberá cumplimentar por duplicado la parte A del presente impreso y enviar ambos ejemplares a la institución del lugar de residencia de los miembros de la familia.

1 ☐ Trabajador por cuenta ajena ☐ Trabajador por cuenta propia

1.1 Apellido(s) (1*bis*)
.....

1.2 Nombre ..... Apellidos anteriores (1*bis*) ..... Lugar de nacimiento (2) .....

1.3 Fecha de nacimiento ..... Sexo ..... Nacionalidad ..... D.N.I. (3) .....

1.4 Dirección (4):
.....
.....

2 Cónyuge (ex-cónyuge) u otras personas cuyo derecho a prestaciones familiares en el país de residencia de los miembros de la familia deba comprobarse

2.1 Apellido(s) (1*bis*)
.....

2.2 Nombre ..... Apellidos anteriores (1*bis*) ..... Fecha de nacimiento .....

2.3 Dirección (4): .....
.....

2.4 Relación de parentesco con los miembros de la familia que figuran en el recuadro 3:
.....

2.5 Período al que se refiere la información solicitada: .....

3 Miembros de la familia (6)

Apellidos (1*bis*)	Nombre	Fecha de nacimiento	Parentesco (5)	Lugar de residencia actual (7)
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....

4 Información relativa a la actividad realizada en el país de residencia de los miembros de la familia

4.1 Empresario: .....
4.2 Dirección (4): .....
.....
4.3 Actividad por cuenta propia: .....
4.4 Actividad considerada como actividad profesional en los términos de la Decisión nº 119:
.....

5 Institución competente

5.1 Denominación: .....

5.2 Dirección (4): .....

.....

5.3 Número de referencia del expediente (8): .....

5.4 Sello

5.5 Fecha: .....

5.6 Firma

.....

B. Certificación

A cumplimentar por la institución competente del lugar de residencia de los miembros de la familia o por el empresario de la persona mencionada en el apartado 2 (9).

6 Certificación expedida por la institución competente para el pago de las prestaciones familiares del lugar de residencia de los miembros de la familia o por el empresario

6.1 Durante el período comprendido entre el ..... y el ..... la persona mencionada en el apartado 2

☐ desempeñó una actividad profesional (o una actividad considerada como tal en los términos de la Decisión nº 119) desde ..... hasta .....

☐ no desempeñó una actividad profesional (o una actividad considerada como tal en los términos de la Decisión nº 119) desde ..... hasta .....

6.2 Por lo que respecta al período entre el ..... y el ..... la persona mencionada en el apartado 2

☐ tiene derecho a prestaciones familiares para los miembros de la familia

☐ importe total de las prestaciones familiares: .....

☐ no tiene derecho a prestaciones familiares por los siguientes motivos:

.....

☐ no ha presentado ninguna solicitud (10)

.....

7 Datos relativos a las prestaciones familiares indicadas en el recuadro 6, desglosados por cada miembro de la familia (11)

Apellido(s) (1*bis*)	Nombre	Fecha de nacimiento	Parentesco (5)	Lugar de residencia	Importe (12)
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....

8 Empresario de la persona mencionada en el recuadro 2 (9)

8.1 Nombre del empresario (si se trata de una empresa, razón social): .....

8.2 Dirección (4): .....

.....

8.3 Sello

8.4 Fecha: .....

8.5 Firma

.....

9 Institución del lugar de residencia de los miembros de la familia (13)

9.1 Denominación: .....

9.2 Dirección (4): .....

.....

9.3 Número de referencia del expediente: .....

9.4 Sello

9.5 Fecha: .....

9.6 Firma

.....

INSTRUCCIONES

Este formulario deberá cumplimentarse en caracteres de imprenta, utilizando únicamente las líneas de puntos. Ninguna de las tres páginas de que consta podrá suprimirse, aunque no contenga ningún dato.

NOTAS

* Acuerdo EEE sobre el Espacio Económico Europeo, Anexo VI, Seguridad Social: a efectos de dicho Acuerdo, el presente formulario también será aplicable a Austria, Finlandia, Islandia, Liechtenstein, Noruega y Suecia.

(1) Sigla del país al que pertenece la institución que cumplimenta el formulario: B = Bélgica; DK = Dinamarca; D = Alemania; GR = Grecia; E = España; F = Francia; IRL = Irlanda; I = Italia; L = Luxemburgo; NL = Países Bajos; P = Portugal; GB = Reino Unido; A = Austria; FIN = Finlandia; IS = Islandia; FL = Liechtenstein; N = Noruega; S = Suecia.

(1*bis*) Para los nacionales españoles, indicar los dos apellidos de nacimiento.
Para los nacionales portugueses, indicar el nombre completo (nombre y apellidos) en el orden del registro civil, tal y como aparecen en el documento de identidad o el pasaporte.

(2) Cuando se trate de distritos portugueses, indicar también la parroquia y el municipio.

(3) Para los nacionales españoles, indicar el número del documento nacional de identidad, si se posee, aunque el documento esté caducado. En caso de que no se posea, indicar expresamente: «ninguno».

(4) Calle, número, código postal, población, país.

(5) Indicar el parentesco de cada miembro de la familia con el trabajador, por medio de las abreviaturas siguientes:
A = hijo legítimo. En España, hijo nacido del matrimonio (matrimonial) e hijo nacido fuera del matrimonio (no matrimonial).
B = hijo legitimado.
C = hijo adoptivo.
D = hijo natural (cuando la declaración se cumplimente en nombre del padre, no se deberán mencionar los hijos naturales más que cuando la paternidad o la obligación de alimentos del trabajador haya sido reconocida oficialmente).
E = hijo de un cónyuge que pertenece a la familia del trabajador.
F = nietos, hermanos y hermanas que el interesado haya acogido en su casa. También los sobrinos hasta el tercer grado de parentesco si la institución competente fuere una institución griega.
G = otros niños que dependen permanentemente del matrimonio, en pie de igualdad con los hijos del trabajador (niños recogidos).
Los demás parentescos (por ejemplo: abuelo) deberán indicarse con todas sus letras.

(6) Si se dirige a las instituciones noruegas, menciónense únicamente los hijos menores de 16 años.

(7) Si alguno de los miembros de la familia no reside en la dirección señalada en el punto 2.3, sírvase indicar la otra dirección. Si se dirige a las instituciones noruegas, indicar si alguno de los hijos reside en un orfanato, una escuela especial u otro centro.

Apellido(s) ynombre: .....

.....

Dirección (4): .....

.....

(8) Reservado a la institución remitente.

(9) El empresario tendrá que cumplimentar la certificación únicamente en el caso de que esté obligado a abonar las prestaciones familiares del país de residencia.

(10) En este caso la institución del lugar de residencia habrá de indicar el importe de las prestaciones familiares que se habrían concedido si se hubiera presentado una solicitud. Si careciere de la información necesaria para ello, deberá señalar en el recuadro 7 las tarifas que contempla su legislación para cada miembro de la familia.

(11) Para las prestaciones familiares noruegas, indíquese únicamente el importe global.

(12) En su caso, señálense las tarifas a las que alude la nota a pie de página 10.

(13) Este recuadro deberá cumplimentarlo la institución del lugar de residencia de los miembros de la familia o, en su defecto, el organismo de enlace.