

Izdevums  
latviešu valodā

Tiesību akti

49. sējums  
2006. gada 15. marts

Saturs

I Tiesību akti, kuru publicēšana ir obligāta

.....

II Tiesību akti, kuru publicēšana nav obligāta

**Komisija****Eiropas Kopienu Migrējošo darba ņēmēju sociālā nodrošinājuma administratīvā komisija**

2006/203/EK:

- ★ Lēmums Nr. 202 (2005. gada 17. marts) par paraugveidlapām, kas vajadzīgas, lai piemērotu Padomes Regulu (EEK) Nr. 1408/71 un Regulu (EEK) Nr. 574/72 (E 001, E 101, E 102, E 103, E 104, E 106, E 107, E 108, E 109, E 112, E 115, E 116, E 117, E 118, E 120, E 121, E 123, E 124, E 125, E 126 un E 127) <sup>(1)</sup> .....

1

Cena: 18 EUR

<sup>(1)</sup> Dokuments attiecas uz EEZ un ES/Šveices nolīgumu.

LV

Tiesību akti, kuru virsraksti ir gaišajā drukā, attiecas uz kārtējiem jautājumiem lauksaimniecības jomā un parasti ir spēkā tikai ierobežotu laika posmu.

Visu citu tiesību aktu virsraksti ir tumšajā drukā, un pirms tiem ir zvaigznīte.

## II

(Tiesību akti, kuru publicēšana nav obligāta)

## KOMISIJA

**EIROPAS KOPIENU MIGRĒJOŠO DARBA ŅĒMĒJU SOCIĀLĀ NODROŠINĀJUMA  
ADMINISTRATĪVĀ KOMISIJA****LĒMUMS Nr. 202**

(2005. gada 17. marts)

**par paraugveidlapām, kas vajadzīgas, lai piemērotu Padomes Regulu (EEK) Nr. 1408/71 un Regulu (EEK) Nr. 574/72 (E 001, E 101, E 102, E 103, E 104, E 106, E 107, E 108, E 109, E 112, E 115, E 116, E 117, E 118, E 120, E 121, E 123, E 124, E 125, E 126 un E 127)**

(Dokuments attiecas uz EEZ un ES/Šveices nolīgumu)

(2006/203/EK)

MIGRĒJOŠO DARBA ŅĒMĒJU SOCIĀLĀ NODROŠINĀJUMA ADMINISTRATĪVĀ KOMISIJA,

ņemot vērā 81. panta a) punktu Padomes 1971. gada 14. jūnija Regulā (EEK) Nr. 1408/71 par sociālā nodrošinājuma shēmu piemērošanu darba ņēmējiem, pašnodarbinātajām personām un viņu ģimenes locekļiem, kas pārvietojas Kopienas teritorijā <sup>(1)</sup>, saskaņā ar kuru administratīvās komisijas pienākums ir nodarboties ar visiem administratīviem jautājumiem, kas rodas no Regulas (EEK) Nr. 1408/71 un tai sekojošām regulām,

ņemot vērā 2. panta 1. punktu Padomes 1972. gada 21. marta Regulā (EEK) Nr. 574/72, ar ko nosaka izpildes kārtību Regulai (EEK) Nr. 1408/71 par sociālās drošības shēmu piemērošanu nodarbinātām personām un to ģimenēm, pārvietojoties Kopienā <sup>(2)</sup>, saskaņā ar kuru administratīvās komisijas pienākums ir sagatavot dokumentu paraugus, kuri ir vajadzīgi regulu piemērošanai,

ņemot vērā 1993. gada 7. oktobra Lēmumu Nr. 153 par paraugveidlapām, kas vajadzīgas, lai piemērotu Padomes Regulu (EEK) Nr. 1408/71 un Regulu (EEK) Nr. 574/72 (E 001, E 103 līdz E 127) <sup>(3)</sup>,

ņemot vērā 1996. gada 27. novembra Lēmumu Nr. 164 par paraugveidlapām, kas vajadzīgas, lai piemērotu Padomes Regulu (EEK) Nr. 1408/71 un Regulu (EEK) Nr. 574/72 (E 101 un E 102) <sup>(4)</sup>,

ņemot vērā 1997. gada 2. oktobra Lēmumu Nr. 166 par grozījumu izdarīšanu veidlapās E 106 un E 109 <sup>(5)</sup>,

<sup>(1)</sup> OV L 149, 5.7.1971., 2. lpp. Regulā jaunākie grozījumi izdarīti ar Eiropas Parlamenta un Padomes Regulu (EK) Nr. 647/2005 (OV L 17, 4.5.2005., 1. lpp.).

<sup>(2)</sup> OV L 74, 27.3.1972., 1. lpp. Regulā jaunākie grozījumi izdarīti ar Regulu (EK) Nr. 647/2005.

<sup>(3)</sup> OV L 244, 19.9.1994., 22. lpp.

<sup>(4)</sup> OV L 216, 8.8.1997., 85. lpp.

<sup>(5)</sup> OV L 195, 11.7.1998., 25. lpp.

ņemot vērā 1998. gada 11. jūnija Lēmumu Nr. 168 par grozījumu izdarīšanu veidlapās E 121 un E 127 un veidlapas E 122 anulēšanu <sup>(1)</sup>,

ņemot vērā 2000. gada 18. aprīļa Lēmumu Nr. 179 par paraugveidlapām, kas vajadzīgas, lai piemērotu Padomes Regulu (EEK) Nr. 1408/71 un Regulu (EEK) Nr. 574/72 (E 111, E 111 B, E 113 līdz E 118 un E 125 līdz E 127) <sup>(2)</sup>,

ņemot vērā 2002. gada 27. jūnija Lēmumu Nr. 185, ar ko groza 1993. gada 7. oktobra Lēmumu Nr. 153 (veidlapu E 108) <sup>(3)</sup>,

ņemot vērā 2002. gada 27. jūnija Lēmumu Nr. 186 par paraugveidlapām, kas vajadzīgas, lai piemērotu Padomes Regulu (EEK) Nr. 1408/71 un Regulu (EEK) Nr. 574/72 (E 101) <sup>(4)</sup>,

tā kā:

- (1) Eiropas Savienības 2004. gada 1. maija paplašināšanās rezultātā jāizdara grozījumi veidlapās E 001, E 101, E 102, E 103, E 104, E 106, E 107, E 108, E 109, E 112, E 115, E 116, E 117, E 118, E 120, E 121, E 123, E 124, E 125, E 126 un E 127.
- (2) Ar 1992. gada 2. maija Eiropas Ekonomikas zonas līgumu (EEZ līgumu), kas papildināts ar 1993. gada 17. marta Protokolu, IV pielikumu, Eiropas Ekonomikas zonā tiek īstenota Regula (EEK) Nr. 1408/71 un Regula (EEK) Nr. 574/72.
- (3) Eiropas Kopiena un dalībvalstis, un Šveices Konfederācija ir noslēgušas nolīgumu par personu brīvu pārvietošanos, kas stājas spēkā 2002. gada 1. jūnijā. Šā nolīguma II pielikums attiecas uz Regulu (EEK) Nr. 1408/71 un Regulu (EEK) Nr. 574/72.
- (4) Eiropas Savienībā izmantotajām veidlapām praktisku iemeslu dēļ ir jābūt vienādām ar EEZ un Šveices Konfederācijas nolīgumos ietvertajām veidlapām,

IR NOLĒMUSI ŠĀDI:

1. Lēmumam Nr. 186 pievienoto paraugveidlapu E 101 aizstāj ar paraugveidlapu šā lēmuma pielikumā.
2. Lēmumam Nr. 164 pievienoto paraugveidlapu E 102 aizstāj ar paraugveidlapu šā lēmuma pielikumā.
3. Lēmumam Nr. 153 pievienoto paraugveidlapu E 105 anulē.

Lēmumam Nr. 153 pievienotās paraugveidlapas E 001, E 103, E 104, E 107, E 112, E 120, E 123 un E 124 aizstāj ar paraugveidlapām šā lēmuma pielikumā.

4. Lēmumam Nr. 166 pievienotās paraugveidlapas E 106 un E 109 aizstāj ar paraugveidlapām šā lēmuma pielikumā.
5. Lēmumam Nr. 185 pievienoto paraugveidlapu E 108 aizstāj ar paraugveidlapu šā lēmuma pielikumā.
6. Lēmumam Nr. 179 pievienotās veidlapas E 115, E 116, E 117, E 118, E 125, E 126 un E 127 aizstāj ar paraugveidlapām šā lēmuma pielikumā.

<sup>(1)</sup> OV L 195, 11.7.1998., 37. lpp.

<sup>(2)</sup> OV L 54, 25.2.2002., 1. lpp.

<sup>(3)</sup> OV L 55, 1.3.2003., 74. lpp.

<sup>(4)</sup> OV L 55, 1.3.2003., 80. lpp.

7. Lēmumam Nr. 168 pievienoto paraugveidlapu E 121 aizstāj ar paraugveidlapu šā lēmuma pielikumā.
8. Valsts, kuras iestāde aizpilda veidlapu, ir norādīta ar šādu apzīmējumu:  
“BE = Beļģija; CZ = Čehija; 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.”
9. Dalībvalstu kompetentās iestādes dara pieejamas attiecīgajām personām veidlapas pēc šā lēmuma pielikumā pievienotajiem paraugiem. Veidlapām jābūt pieejamām Kopienas oficiālajās valodās un sagatavotām tādā veidā, lai to dažādie teksti būtu pilnīgi vienādi pēc satura, tādējādi visiem adresātiem dodot iespēju izdrukas veidā saņemt veidlapu savā valodā.
10. Šo lēmumu, ar ko aizstāj Lēmumu Nr. 153, 164, 166, 168, 179, 185 un 186, publicē *Eiropas Savienības Oficiālajā Vēstnesī*. Lēmumu piemēro no mēneša pirmās dienas pēc tā publicēšanas.

*Administratīvās komisijas priekšsēdētāja –*  
Claude EWEN

---



- Informācijas pieprasījums
- Informācijas paziņojums
- Veidlapu pieprasījums
- Atgādinājums

attiecīgā persona

- nodarbināta persona
- pašnodarbināta persona
- pierobežas darbinieks
- pensionārs
- pensijas pieprasītājs
- bezdarbnieks
- apgādājamais

Regulas (EEK) Nr. 1408/71: 84. pants

Nosūtītāja institūcija aizpilda A daļu un nosūta divus veidlapas eksemplārus institūcijai, kurai tā ir adresēta. Adresāts aizpilda B daļu un nosūta vienu eksemplāru nosūtītājai institūcijai.

Šī veidlapa jāizmanto papildus citām veidlapām vai kā pamats informācijas apmaiņai starp institūcijām, kas pagaidām nav paredzētas veidlapās, kuras patlaban izmanto. To nevar izmantot citas veidlapas vietā.

Lūdzu, aizpildīt šo veidlapu drukātiem burtiem, rakstot tikai uz punktētajām līnijām! To veido 4 lapas, neizlaist nevienu no tām!

**A daļa**

1.	Institūcija, kurai veidlapa adresēta
1.1	Nosaukums: .....
1.2	Institūcijas identifikācijas numurs: .....
1.3	Adrese: .....
	.....
2.	Dati par apdrošināto personu <sup>(2)</sup>
2.1	Uzvārds(-i) <sup>(3)</sup> : .....
2.2	Vārds(-i) <sup>(4)</sup> : .....
2.3	Iepriekšējais(-ie) vārds(-i), uzvārds(-i): .....
2.4	Dzimums <sup>(5)</sup> : .....
3.	Pilsonība <sup>(6)</sup> : .....
4.	Ziņas par dzimšanu
4.1	Dzimšanas datums <sup>(7)</sup> : .....
4.2	Dzimšanas vieta <sup>(8)</sup> : .....
4.3	Apgabals vai rajons <sup>(9)</sup> : .....
4.4	Valsts <sup>(10)</sup> : .....
5.	Personas identifikācijas numurs <sup>(11)</sup>
5.1	Nosūtītājā institūcijā: .....
5.2	Institūcijā, kurai adresēta veidlapa: .....
6.	Adrese: .....
	.....
7.	Ziņas par lietu
7.1	Sociālā nodrošinājuma veids: .....
7.2	Lietas atsauces numurs nosūtītājā institūcijā: .....
7.3	Lietas atsauces numurs institūcijā, kurai adresēta veidlapa: .....

8. Apgādājamais<sup>(12)</sup>

8.1 Uzvārds(-i)<sup>(3)</sup>: .....

8.2 Vārds(-i)<sup>(4)</sup>: .....

8.3 Iepriekšējais(-ie) vārds(-i), uzvārds(-i): .....

8.4 Dzimšanas vieta<sup>(8)</sup>: ..... Dzimšanas datums: .....

8.5 Dzimums: ..... Valstspiederība<sup>(6)</sup>: .....

8.6 Personas identifikācijas numurs<sup>(11)</sup>: .....  
 nosūtītājā institūcijā: .....  
 institūcijā, kurai adresēta veidlapa: .....

8.7 Adrese: .....

9.  Pieprasījums  Atgādinājums par..... pieprasījumu

Atsaucoties uz personu, kas minēta  2. sadaļā  8. sadaļā, lūdzu, nosūtīt

9.1  šādu(-as) veidlapu(-as): .....

9.2  šādu(-us) dokumentu(-us): .....

9.3  šādas ziņas: .....

9.4 Pieprasījuma iemesls: .....

10. Apstākļu maiņa. Ir notikušas šādas izmaiņas:

.....

.....

.....

.....

11. Dažādas ziņas

.....

.....

.....

.....

12. Institūcija, kas aizpilda A daļu

12.1 Nosaukums: .....

12.2 Institūcijas identifikācijas numurs: .....

12.3 Adrese: .....

12.4 Zīmoga vieta ..... 12.5 Datums: .....

..... 12.6 Paraksts: .....

B daļa

13. Atbildot uz Jūsu ..... pieprasījumu, pielikumā nosūtām

13.1  šādu(-as) veidlapu(-as): .....

13.2  šādu(-us) dokumentu(-us): .....

13.3  šādas ziņas: .....

14. Atbildot uz Jūsu: ..... pieprasījumu, diemžēl mums nav iespējams nosūtīt:

14.1  šādu(-as) veidlapu(-as): .....

14.2  šādu(-us) dokumentu(-us): .....

14.3  šādas ziņas: .....

14.4  lemesli: .....

15. Dažādas ziņas

.....

.....

.....

.....

.....

16.  Atsaucoties uz Jūsu veidlapu, kas nosūtīta ..... apstiprinām, 10. sadaļā minētās informācijas saņemšanu

17. Institūcija, kas aizpilda B daļu

17.1 Nosaukums: .....

17.2 Institūcijas identifikācijas numurs: .....

17.3 Adrese: .....

17.4 Zīmoga vieta

17.5 Datums: .....

17.6 Paraksts: .....



## PIEZĪMES

- (<sup>1</sup>) Tās valsts apzīmējums, kuras institūcija aizpilda veidlapu: BE = Beļģija; CZ = Čehija; 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>2</sup>) 2.1. līdz 2.4. aile, kurā identificē datus par apdrošināto personu, jāaizpilda pēc vajadzības.
- (<sup>3</sup>) Norādīt visus uzvārdus civilstāvokļa secībā.
- (<sup>4</sup>) Norādīt visus vārdus civilstāvokļa secībā.
- (<sup>5</sup>) S = sieviete vai V = vīrietis.
- (<sup>6</sup>) Naturalizācijas dienu norādīt pēc vajadzības.  
Spānijas institūcijām jānorāda identitātes kartes numurs (DNI) attiecībā uz Spānijas valstspiederīgajiem vai N.I.E. numurs attiecībā uz ārvalstniekiem, ja abos gadījumos šāds numurs ir, un pat ja identitātes kartes derīguma termiņš ir beidzies. Ja minētā numura nav, norādīt "Nav".
- (<sup>7</sup>) Dienu un mēnesi jāizsaka ar diviem vienzīmes skaitļiem un gadu - ar četriem vienzīmes skaitļiem (piemēram, 1921. gada 1. augusts = 01.08.1921.).
- (<sup>8</sup>) Attiecībā uz Francijas pilsētām, ko veido vairāki rajoni (arrondissements), lūdzu, norādīt attiecīgā rajona numuru (piemēram, Parīze 14). Attiecībā uz Portugāles rajoniem, lūdzu, norādīt arī pagastu un vietējo pašvaldību.
- (<sup>9</sup>) Šīs ziņas ir obligātas apdrošinātām personām, kurām ir Spānijas, Francijas vai Itālijas pilsonība. Atkarībā no valsts ierakstā jābūt ietvertai teritoriālajai iedaļai, kurā atrodas personas dzimšanas vieta (Francijas gadījumā, piemēram, ja persona zina, ka šīs personas dzimšanas vieta ir Lilles komūna, "Nord" jānorāda kā attiecīgais dzimšanas departaments, šajā gadījumā "59". Tāpēc pilnīgam ierakstam jābūt atveidotam šādi "Nord 59"). Gadījumā, ja persona ir dzimusi Spānijā, norādīt tikai provinci.
- (<sup>10</sup>) Tās valsts apzīmējums, kurā apdrošinātā persona dzimusi, jālieto atbilstīgi 1. piezīmei.
- (<sup>11</sup>) Itālijas institūciju vajadzībām norādīt "fiskālo kodu".  
Maltas institūciju vajadzībām norādīt personas, kam ir Maltas pilsonība, identitātes kartes numuru vai sociālas apdrošināšanas numuru, kas piešķirts personām, kam nav Maltas pilsonības.  
Slovākijas institūciju vajadzībām attiecīgajā gadījumā norādīt dzimšanas numuru Slovākijā.
- (<sup>12</sup>) Aizpildīt pēc vajadzības.

APLIECĪBA PAR PIEMĒROJAMIEM TIESĪBU AKTIEM

Regulas (EEK) Nr. 1408/71: 13. panta 2. punkta d) apakšpunkts; 14. panta 1. punkta a) apakšpunkts; 14. panta 2. punkta a) apakšpunkts; 14. panta 2. punkta b) apakšpunkts; 14.a panta 1. punkta a) apakšpunkts, 2. un 4. punkts; 14.b panta 1., 2. un 4. punkts; 14.c panta a) apakšpunkts; 14.e pants, 17. pants  
Regulas (EEK) Nr. 574/72: 11. panta 1. punkts; 11.a panta 1. punkts; 12.a panta 2. punkta a) apakšpunkts, 5. punkta c) apakšpunkts un 7. punkta a) apakšpunkts; 12.b pants

Lūdzu, aizpildīt šo veidlapu drukātiem burtiem, rakstot tikai uz punktētajām līnijām! To veido 4 lapas, neizlaist nevienu no tām!

1.	<input type="checkbox"/> Nodarbināta persona	<input type="checkbox"/> Pašnodarbināta persona
1.1	Uzvārds(-i) <sup>(2)</sup> : .....	
1.2	Vārds(-i) <sup>(3)</sup> : .....	
1.3	Iepriekšējais(-ie) vārds(-i), uzvārds(-i): .....	
1.4	Dzimšanas datums: .....	Valstspiederība: .....
1.5	Pastāvīgā adrese	
	Iela: .....	Nr.: ..... Pasta abonenta kastīte: .....
	Pilsēta: .....	Pasta indekss: ..... Valsts: .....
1.6	Personas identifikācijas numurs <sup>(4)</sup> : .....	

2.	<input type="checkbox"/> Darba devējs	<input type="checkbox"/> Darbība kā pašnodarbinātai personai
2.1	Nosaukums vai uzņēmuma nosaukums: .....	
2.2	Identifikācijas numurs <sup>(5)</sup> : .....	
2.3	Darba devējs ir darbiekārtošanas aģentūra	Jā <input type="checkbox"/> Nē <input type="checkbox"/>
2.4	Pastāvīgā adrese	
	Tālrunis: .....	Fakss: ..... E-pasts: .....
	Iela: .....	Nr.: ..... Pasta abonenta kastīte: .....
	Pilsēta: .....	Pasta indekss: ..... Valsts: .....

3.	Iepriekš minētā apdrošinātā persona	
3.1	<input type="checkbox"/> ir bijusi nodarbināta pie iepriekš minētā darba devēja no .....	
	<input type="checkbox"/> ir strādājusi kā pašnodarbināta persona no .....	
	(profesionālās darbības joma) .....	
3.2	<input type="checkbox"/> veic vai veiks profesionālo darbību kā pašnodarbināta persona laikposmā, kas, iespējams, ilgs no ..... līdz .....	
3.3	<input type="checkbox"/> turpmāk tekstā minētajā(-os) uzņēmumā(-os)	<input type="checkbox"/> uz turpmāk tekstā minētā kuģa
3.4	Uzņēmuma vai kuģa nosaukums(-i) .....	
3.5	Adrese(-es):	
	Iela: .....	Nr.: ..... Pasta abonenta kastīte: .....
	Pilsēta: .....	Pasta indekss: ..... Valsts: .....
	Iela: .....	Nr.: ..... Pasta abonenta kastīte: .....
	Pilsēta: .....	Pasta indekss: ..... Valsts: .....
3.6	Identifikācijas numurs <sup>(5)</sup> : .....	

4. Kas maksā darbā norīkotās personas darba algu un veic sociālās apdrošināšanas iemaksas?

4.1 Darba devējs, kas minēts 2. punktā

4.2 Uzņēmums, kas minēts 3.4. punktā

4.3 Cits  Šajā gadījumā norādīt nosaukumu

..... un  
adresi:

Iela: ..... Nr: ..... Pasta abonenta kastīte: .....

Pilsēta: ..... Pasta indekss: ..... Valsts: .....

5. Uz apdrošināto personu attiecas valsts tiesību akti:  <sup>(1)</sup>

5.1 saskaņā ar:

13. panta 2. punkta d) apakšpunktu

14. panta 1. punkta a) apakšpunktu

14.a panta 1. punkta a) apakšpunktu

14.b panta 1. punktu

14.c panta a) punktu

14. panta 2. punkta a) apakšpunktu

14.a panta 2. punktu

14.b panta 2. punktu

14.e pantu

14. panta 2. punkta b) apakšpunktu;

14.a panta 4. punktu

14.b panta 4. punktu

17. pantu

Regulā (EEK) Nr. 1408/71

5.2  no ..... līdz .....

5.3  visu darbības laiku (skatīt tās valsts, kurā persona ir nodarbināta, kompetentās institūcijas vai atbildīgās iestādes ..... (datums) vēstuli, atsauce (Nr.) .....

ar ko apdrošinātajai personai dotas tiesības darboties kā nosūtītājvalsts tiesību subjektam)

6. Kompetentā institūcija, kuras tiesību akti ir piemērojami

6.1 Nosaukums: .....

6.2 Institūcijas identifikācijas numurs: .....

6.3 Adrese: .....

Tālrunis: ..... Fakss: ..... E-pasts: .....

Iela: ..... Nr.: ..... Pasta abonenta kastīte: .....

Pilsēta: ..... Pasta indekss: ..... Valsts: .....

6.4 Zīmoga vieta

6.5 Datums:

.....

6.6 Paraksts:

.....

## NORĀDES

Tās dalībvalsts atbildīgajai institūcijai, kuras tiesību akti attiecas uz darba ņēmēju, pēc darba ņēmēja vai attiecīgā darba devēja pieprasījuma jāizpilda veidlapa un tā jānosūta atpakaļ pieprasījuma iesniedzējam. Ja darba ņēmējs ir norīkots darbā uz Beļģiju, Dāniju, Vāciju, Franciju, Īriju, Nīderlandi, Austriju, Somiju, Zviedriju vai Islandi, minētajai institūcijai arī jānosūta viens eksemplārs šādām institūcijām: *Office national de sécurité sociale/Rijksdienst voor Sociale Zekerheid* (Valsts sociālā nodrošinājuma birojam) Briselē; *Institut national d'assurances sociales pour travailleurs indépendants* (Valsts pašnodarbināto sociālās apdrošināšanas pārvaldei) Briselē, gadījumā, ja personas ir pašnodarbinātie; *Caisse de secours et de prévoyance en faveur des marins'* (Jūrnieru materiālās palīdzības un aprūpes fondam) Antverpenē, gadījumā, ja darba ņēmēji ir jūrnieri; vai *Service des Relations internationales du Ministère des Affaires sociales'* (Sociālo lietu ministrijai, starptautisko attiecību departamentam) gadījumā, ja darba ņēmēji ir ierēdņi; Dānijā - *Den Sociale Sikringsstyrelse* (Valsts sociālā nodrošinājuma aģentūrai); Vācijā - *Deutsche Rentenversicherung-Bund* (Vācijas pensiju apdrošināšanas savienībai), 97041 Witzburg; Francijā - *Centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale* (Cleiss) (Eiropas un starptautiskās sadarbības centram sociālā nodrošinājuma jautājumos) Parīzē; Nīderlandē - *Sociale Verzekeringsbank* (Sociālās apdrošināšanas bankai) Amstelvenā; Austrijā - *Hauptverband der österreichischen Sozialversicherung sträger* (Austrijas Sociālās apdrošināšanas galvenajai asociācijai); Somijā - *Eläketurvakeskus* (Somijas Pensiju centram) Helsinkos; Zviedrijā - *Försäkringskassan*, Huvudkontoret (Zviedrijas Sociālās apdrošināšanas aģentūrai, galvenajam birojam) Stokholmā; Islandē - *Tryggingastofnun ríkisins* (Valsts sociālā nodrošinājuma pārvaldei) Reikjavīkā.

### Informācija apdrošinātajai personai

Pirms izceļojat no valsts, kurā jūs esat apdrošināts, lai strādātu citā dalībvalstī, pārliecināties par to, vai jums ir dokuments, kas dod tiesības saņemt vajadzīgos pabalstus natūrā (piemēram, medicīnisko aprūpi, ārstēšanas līdzekļus, ārstēšanu slimnīcā utt.) tajā valstī, kurā jūs esat nodarbināts. Ja jūs plānojat dzīvot tajā valstī, kurā strādājat, pieprasiet veselības apdrošināšanas institūcijai E 106 veidlapu un pēc iespējas drīz iesniedziet šo veidlapu tā rajona kompetentajai veselības apdrošināšanas institūcijai, kurā plānojat strādāt. Ja valstī, kurā plānojat strādāt, uzturaties uz laiku, pieprasiet veselības apdrošināšanas institūcijai Eiropas veselības apdrošināšanas karti. Jums jāuzrāda šī karte attiecīgajam aprūpes sniedzējam, ja uzturēšanās laikā vajadzīgs saņemt pabalstus natūrā.

### Informācija darba devējiem

Dalībvalsts, kas saņem Regulas (EEK) Nr. 1408/71 14. panta 1. punktā, 14.b panta 1. punktā vai 17. pantā minētā iesnieguma pieprasījumu, pienācīgi informē darba devēju un attiecīgo darba ņēmēju par nosacījumiem, saskaņā ar kuriem arī turpmāk uz darba ņēmēju, kas norīkots darbā, var attiekties šis valsts tiesību akti.

Darba devējam jābūt informētam par iespēju visā laikposmā, kad darba ņēmējs norīkots darbā, veikt pārbaudes, lai pārliecinātos, ka šis laikposms nav jābeidz. Šādas pārbaudes var būt saistītas, jo īpaši, ar iemaksu veikšanu un tiesas saistības saglabāšanu. Turklāt darba devējs informē nosūtītājvalsts kompetento institūciju par ikvienu izmaiņu, kas ir notikusi laikposmā, kad darba ņēmējs ir norīkots darbā, jo īpaši šādos gadījumos:

- ja paredzētā norīkošana darbā nav notikusi vai ja paredzētās norīkošanas darbā termiņa pagarinājums nav bijis,
- ja norīkošana darbā ir bijusi pārtraukta, ja vien tikai nodarbinātās personas darbības pārtraukšana tās valsts uzņēmuma vārdā, kurā persona ir nodarbināta, nav īslaicīga,
- ja darba devējs pārcēlis darbā norīkoto darba ņēmēju uz citu attiecīgajā uzņēmumā valstī, kurā darba ņēmējs ir nodarbināts.

Pirmajos divos gadījumos darba ņēmējs nosūta šo veidlapu nosūtītājvalsts kompetentajai institūcijai.

### Informācija institūcijai uzturēšanās vietā

Ja iesaistītā persona uzrāda attiecīgo dokumentu (Eiropas veselības apdrošināšanas karti vai E 106 veidlapu), apdrošināšanas institūcija uzturēšanās valstī uz laiku nodrošinās šai personai pabalstus, ja notiek nelaimes gadījums darbā vai konstatē arodslimību. Šādā gadījumā institūcija pieprasa E 123 veidlapu, un tā iespējami drīz jāiesniedz šādās institūcijās:

**Beļģijā** – nodarbinātām personām un attiecībā uz arodslimību - *Fonds des maladies professionnelles/Fonds voor Beroepsziekten* (Arodslimību apdrošināšanas fondam) Briselē un attiecībā uz nelaimes gadījumiem darbā – apdrošināšanas sabiedrībai, ko ir norādījis darba devējs;

**Čehijas Republikā** – tai slimokasei, kurā attiecīgā persona ir apdrošināta;

**Dānijā** – *Arbejdsskadestyrelsen* (Nelaimes gadījumu darbā Nacionālai apdrošināšanas pārvaldei) Kopenhāgenā;

**Vācijā** – kompetentajai *Berufsgenossenschaft* (Nelaimes gadījumu apdrošināšanas institūcijai);

**Igaunijā** – *Sotsiaalkindlustusamet* (Sociālās apdrošināšanas pārvaldei) Tallinā;

**Spānijā** – *Dirección Provincial del Instituto Nacional de Seguridad Social* (Valsts sociālās apdrošināšanas apgabala direktorātam);

**Īrijā** – Veselības departamentam, plānošanas nodaļai, Dublin 2;

**Itālijā** – *Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro'* (INAIL) (Nacionālās pārvaldes apdrošināšanai pret nelaimes gadījumiem darbā kompetentajam apgabala birojam);

**Latvijā** – Valsts sociālās apdrošināšanas aģentūrai Rīgā;

**Lietuvā** – *Teritorinė ligonių kasa* (Reģionālajai slimokasei);

**Luksemburgā** – *Association d'assurance contre les accidents* (Nelaimes gadījumu apdrošināšanas asociācijai);

**Maltā** – *'Diviżjoni tas-Sahħa', Triq il-Merkanti, Valletta CMR 01;*

**Nīderlandē** – kompetentajai veselības apdrošināšanas institūcijai;

**Austrijā** – kompetentajai nelaimes gadījumu apdrošināšanas institūcijai;

**Polijā** – *Narodowy Fundusz Zdrowia* (Nacionālā veselības fonda) reģionālajai nodaļai;

**Portugālē** – *Centro Nacional de Protecção contra os Riscos Profissionais* (Nacionālajam centram aizsardzībai pret arodriskiem) Lisabonā;

**Slovākijā** – apdrošinātās personas veselības apdrošināšanas sabiedrībai vai Sociālās apdrošināšanas aģentūrai Bratislavā;

**Somijā** – *Tapaturmavakuutuslaitosten Liitto* (Nelaimes gadījumu apdrošināšanas institūciju federācijai) Bulevardi 28, 00120 Helsinki;

**Zviedrijā** – *Försäkringskassan* (vietējam sociālās apdrošināšanas dienestam),

**visās citās dalībvalstīs** – kompetentajai veselības apdrošināšanas institūcijai;

**Islandē** – *Tryggingastofnun ríkisins* (Valsts sociālā nodrošinājuma pārvaldei) Reikjavīkā;

**Lichtenšteinā** – *Amt für Volkswirtschaft* (Tautsaimniecības birojam) Vaducā;

**Norvēģijā** – *Folketrygdkontoret for Utenlandssaker* (Nacionālajam dienestam sociālajai apdrošināšanai ārzemēs) Oslo;

**Šveicē** – nodarbinātajām personām – darba devēju nelaimes gadījumu apdrošināšanas institūcijai; pašnodarbinātām personām – attiecīgās personas nelaimes gadījumu apdrošināšanas institūcijai.

Ja uz darba ņēmēju attiecināma Francijas sociālā nodrošinājuma shēma, lai atzītu tiesības uz pabalstiem, attiecīgais fonds, kam piekrīt šā darba ņēmēja slimokase, var nebūt tā institūcija, kura norādīta E 101 veidlapā. Pēc vajadzības darba ņēmēja pastāvīgās dzīvesvietas slimokasē būs jāpieprasa Eiropas veselības apdrošināšanas karte vai E 123 veidlapa.

Ja uz pašnodarbinātu personu attiecināma Francijas vai Islandes sociālā nodrošinājuma shēma, tad vienmēr būs jāpieprasa E 123 veidlapa.

Ja darba ņēmējs, uz kuru attiecināma Islandes sociālā nodrošinājuma shēma, cieš nelaimes gadījumā darbā vai saslimst ar arodslimību, darba devējam vienmēr pienācīgi par to jāziņo kompetentajai institūcijai.

## PIEZĪMES

- (1) Tās valsts apzīmējums, kuras institūcija aizpilda veidlapu: BE = Beļģija; CZ = Čehija; 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.
- (2) Norādīt visus uzvārdus civilstāvokļa secībā.
- (3) Norādīt visus vārdus civilstāvokļa secībā.
- (4) Tiem darba ņēmējiem, uz kuriem attiecināmi Spānijas tiesību akti, norādīt sociālās apdrošināšanas numuru. Maltas iestāžu vajadzībām norādīt tās personas, kam ir Maltas pilsonība, personas apliecības numuru vai sociālās apdrošināšanas numuru, kas piešķirts tām personām, kam nav Maltas pilsonības. Gadījumā, kad uz personu attiecināmi Polijas tiesību akti, lūdzu, norādīt *PESEL* un *NIP* numurus vai, ja šādu numuru nav, norādīt personas apliecības vai pasēs sēriju un numuru. Slovākijas iestāžu vajadzībām attiecīgajā gadījumā norādīt numuru, kas piešķirts Slovākijā dzimušai personai.
- (5) Lūdzu, norādīt pēc iespējas vairāk informācijas, lai sekmētu darba devēja vai pašnodarbinātās personas uzņēmuma identificēšanu. Ja darba ņēmēju nodarbina uz kuģa, norādīt kuģa nosaukumu un reģistrācijas numuru.  
**Beļģija:** ja personas ir nodarbinātas, norādīt uzņēmuma reģistrācijas numuru (*numéro d'entreprise/ondernemingsnummer/ Unternehmensnummer*) un pašnodarbinātu personu gadījumā – norādīt PVN maksātāja reģistrācijas numuru.  
**Čehija:** norādīt identifikācijas numuru (*IČ*).  
**Dānija:** norādīt [reģistrācijas] numuru Galvenajā uzņēmumu reģistrā (CVR).  
**Vācija:** norādīt *Betriebsnummer des Arbeitgebers* (darba devēja darbības numuru).  
**Spānija:** norādīt *Código de Cuenta de Cotización del Empresario CCC* (darba devēja iemaksu konta numuru).  
**Francija:** norādīt *SIRET* numuru.  
**Itālija:** norādīt, ja iespējams, uzņēmuma reģistrācijas numuru.  
**Luksemburga:** norādīt darba devēja sociālā nodrošinājuma reģistrācijas numuru un pašnodarbinātām personām norādīt sociālās numuru (CCSS).  
**Ungārija:** norādīt darba devēja sociālā nodrošinājuma reģistrācijas numuru vai pašnodarbinātām personām norādīt individuālā uzņēmuma identifikācijas numuru (CCSS).  
**Polija:** ja ir, norādīt *NUSP* numuru vai *NIP* un *REGON* numurus.  
**Slovākija:** norādīt personas identifikācijas numuru (*IČO*).  
**Slovēnija:** norādīt darba devēja vai pašnodarbinātās personas reģistrācijas numuru.  
 Darba ņēmējiem, uz kuriem attiecināmi **Somijas** tiesību akti par nelaimes gadījumiem darbā, lūdzu, norādīt kompetentās nelaimes gadījumu apdrošināšanas institūcijas nosaukumu.  
**Norvēģija:** norādīt organizācijas numuru.

NORĪKOŠANAS DARBĀ VAI PAŠNODARBINĀTĀS PERSONAS DARBĪBAS TERMIŅA PAGARINĀŠANA

Regulas (EEK) Nr. 1408/71: 14. panta 1. punkta b) apakšpunkts; 14.a panta 1. punkta b) apakšpunkts; 14.b panta 1. un 2. punkts  
Regulas (EEK) Nr. 574/72: 11. panta 2. punkts un 11.a panta 2. punkts

Lūdzu, aizpildiet šo veidlapu ar drukātiem burtiem, rakstot tikai uz punktētajām līnijām. Tā sastāv no četrām lapām, no kurām nevienu nedrīkst izlaist.

A. Aizpilda darba devējs vai pašnodarbināta persona

1.	Institūcija, kurai adresēta veidlapa ( <sup>2</sup> )
1.1	Nosaukums: .....
1.2	Iestādes identifikācijas numurs: .....
1.3	Adrese: .....
	Tālrunis: ..... Fakss: .....
	Iela: ..... Nr.: ..... Pasta abonenta kastīte: .....
	Pilsēta: ..... Pasta indekss: ..... Valsts: .....

2.	<input type="checkbox"/> Nodarbināta persona	<input type="checkbox"/> Pašnodarbināta persona
2.1	Uzvārds(-i) ( <sup>3</sup> ): .....	
2.2	Vārds(-i) ( <sup>4</sup> ): .....	
2.3	Vārds (-i): .....	
2.4	Dzimšanas datums: .....	Valstspiederība: .....
2.5	Pastāvīgā adrese:	
	Iela: ..... Nr.: ..... Pasta abonenta kastīte: .....	
	Pilsēta: ..... Pasta indekss: ..... Valsts: .....	
2.6	Personas identifikācijas numurs ( <sup>5</sup> ): .....	

3.	Iepriekš minētā apdrošinātā persona			
	<input type="checkbox"/> ir norīkota darbā			
	<input type="checkbox"/> strādā kā pašnodarbinātais saskaņā ar Regulas (EEK) Nr. 1408/71 šādiem pantiem:			
3.1	<input type="checkbox"/> 14. panta 1. punkta a) apakšpunkts	<input type="checkbox"/> 14.a panta 1. punkta a) apakšpunkts	<input type="checkbox"/> 14.b panta 1. punkts	<input type="checkbox"/> 14.b panta 2. punkts
3.2	laikposmā no .....	līdz .....		
3.3	<input type="checkbox"/> uz turpmāk norādīto uzņēmumu(-iem)	<input type="checkbox"/> uz turpmāk norādītā kuģa		
3.4	Uzņēmuma vai kuģa nosaukums .....			
3.5	Adrese: .....			
	Tālrunis: ..... Fakss: .....			
	Iela: ..... Nr.: ..... Pasta abonenta kastīte: .....			
	Pilsēta: ..... Pasta indekss: ..... Valsts: .....			
3.6	Personas identifikācijas numurs ( <sup>6</sup> ) .....			

4. Apdrošinātai personai ir apliecība par piemērojamiem tiesību aktiem (E 101 veidlapa),

4.1 kuru izdevusi šāda institūcija:

Nosaukums: .....

Iela: ..... Nr.: ..... Pasta abonenta kastīte: .....

Pilsēta: ..... Pasta indekss: ..... Valsts: .....

4.2 ..... (datums) un derīga līdz .....

5. Lūdzam turpmāk piemērot attiecīgās valsts tiesību aktus<sup>(1)</sup>

5.1 laikposmā no ..... līdz .....<sup>(7)</sup>

6.  Darba devējs

Pašnodarbinātās personas darbības joma

6.1 Darba devēja vai uzņēmuma nosaukums:

.....

6.2 Identifikācijas numurs<sup>(6)</sup>:

.....

6.3 Adrese: .....

Tālrunis: ..... Fakss: .....

Iela: ..... Nr.: ..... Pasta abonenta kastīte: .....

Pilsēta: ..... Pasta indekss: ..... Valsts: .....

6.4 Zīmoga vieta

6.5 Datums:

.....

6.6 Paraksts:

.....

**B. Aizpilda tās valsts kompetentā iestāde vai pilnvarotā iestāde, kurā persona ir nodarbināta<sup>(8)</sup>**

7. Paziņojam, ka:

7.1  tas ir saskaņots

tas nav saskaņots

ka attiecīgās valsts tiesību akti sociālā nodrošinājuma jomā arvien attiecināmi uz apdrošināto personu, kas minēta 2. ailē

 <sup>(1)</sup>

7.2 laikposmā no ..... līdz .....

8. Kompetentā iestāde vai pilnvarotā iestāde tajā valstī, kurā persona ir nodarbināta

8.1 Nosaukums:

.....

8.2 Iestādes identifikācijas numurs: .....

8.3 Adrese: .....

Tālrunis: ..... Fakss: .....

Iela: ..... Nr.: ..... Pasta abonenta kastīte: .....

Pilsēta: ..... Pasta indekss: ..... Valsts: .....

8.4 Zīmoga vieta

8.5 Datums:

.....

8.6 Paraksts:

.....

## NORĀDES

## Informācija darba devējam vai pašnodarbinātai personai

- a) Darba devējam vai pašnodarbinātai personai jāaizpilda veidlapas A daļa četros eksemplāros, kas jānosūta attiecīgajai kompetentajai iestādei vai pilnvarotajai iestādei tajā valstī, uz kuru darba ņēmējs ir norīkots darbā vai strādā kā pašnodarbināta persona, t.i.:

**Beļģijā** – nodarbinātām personām – *Office national de sécurité sociale/Rijksdienst voor sociale zekerheid* (Valsts sociālā nodrošinājuma birojam); pašnodarbinātām personām – *Institut national d'assurances sociales pour les travailleurs indépendants/Rijksinstituut voor sociale verzekering der zelfstandigen* Brisele; jūriekiem – *Caisse de Secours et de Prévoyance des marins/Hulp-en Voorzorgskas voor Zeevarenden* Antverpenē;

**Čehijā** – *Česká správa sociálního zabezpečení* (Čehijas sociālā nodrošinājuma pārvaldei) Prāgā;

**Dānijā** – *Den Sociale Sikringsstyrelse* (Valsts sociālā nodrošinājuma aģentūrai) Kopenhāgenā;

**Vācijā** – *Deutsche Verbundungsstelle Krankenversicherung – Ausland* (Vācijas starptautiskās sadarbības aģentūrai veselības apdrošināšanas jautājumos) Bonnā;

**Igaunijā** – *Sotsiaalkindlustusamet* (Sociālās apdrošināšanas pārvaldei) Tallinā;

**Griekijā** – nodarbinātām personām – Sociālās apdrošināšanas pārvaldes (*IKA-ETAM*) reģionālajai vai vietējai nodaļai; jūriekiem – Jūriekļu pensiju fondam (*NAT*); pašnodarbinātām personām – pilnvarotajai institūcijai atbilstīgi profesionālajām kategorijām GRIEKĪJAI – 10. pielikumā Regulai (EEK) Nr. 574/72;

**Spānijā** – *Tesorería General de la Seguridad Social – Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales* (Darba un sociālo lietu ministrijas sociālā nodrošinājuma galvenā kase) Madridē;

**Francijā** – *Centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale (Cleiss)* (Eiropas un starptautiskās sadarbības centram sociālā nodrošinājuma jautājumos);

**Īrijā** – Sociālo un ģimenes lietu departamenta *PRSI* Īpašo ieņēmumu daļai, *Gov. Buildings, Cork Rd., Waterford*;

**Itālijā** – *Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali* (Darba un sociālās politikas ministrijai) Romā;

**Latvijā** – Valsts sociālās apdrošināšanas aģentūrai;

**Lietuvā** – *Valstybinio socialinio draudimo fondo valdyba* (Valsts sociālās apdrošināšanas fonda pārvaldei);

**Luksemburgā** – *Centre commun de la sécurité sociale* (Kopējā sociālā nodrošinājuma centram) Luksemburgā;

**Ungārijā** – *Országos Egészségbiztosítási Pénztár* (Valsts veselības apdrošināšanas fondam) Budapeštā;

**Maltā** – *Dipartiment tas-Sigurta' Soċjali* (Sociālā nodrošinājuma departamentam) 38, *Triq I-Ordinanza, Valletta, CMR 01*;

**Nīderlandē** – *Sociale Verzekeringsbank* (Sociālās apdrošināšanas bankai) Amstelvenā;

**Austrijā** – *Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen- und Konsumentenschutz* (Federālajai sociālās drošības, paaudžu un patērētāju aizsardzības ministrijai) Vīnē;

**Polijā** – *Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ZUS)* (Sociālās apdrošināšanas institūcijai) Varšavā;

**Portugālē**, pamatteritorijā – *Departamento de Relações Internacionais de Segurança Social* (Starptautisko attiecību un sociālā nodrošinājuma departamentam) Lisabonā; Madeirā – *Secretario Regional dos Assuntos Sociais* (sociālo lietu reģionālajam sekretāram) Funhalā; Azoru salās – *Direcção Regional de Segurança Social* (Reģionālajam sociālā nodrošinājuma direktorātam) *Angra do Heroísmo*;

**Slovēnijā** – *Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve* (Darba, ģimenes un sociālo lietu ministrijai) Ļubļanā;

**Slovākijā** – *Sociálna poisťovňa* (Sociālās apdrošināšanas aģentūrai) Bratislavā;

**Somijā** – *Eläketurvakeskus* (Somijas pensiju centram) Helsinkos;

**Zviedrijā** – *the Försäkringskassan, Huvudkontoret* (Zviedrijas Sociālās apdrošināšanas aģentūras Galvenajam birojam) Stokholmā;

**Apvienotajā Karalistē** – Valsts ieņēmumu dienesta Nerezidentu centram, *Benton Park View, Newcastle upon Tyne, NE98 1ZZ*;

**Islandē** – *Tryggingastofnun riskins* (Valsts sociālā nodrošinājuma pārvaldei) Reikjavīkā;

**Lihtenšteinā** – *Amt für Volkswirtschaft* (Tautsaimniecības birojam) Vaducā;

**Norvēģijā** – *Folketrygdkontoret for utenlandssaker* (Sociālās apdrošināšanas ārzemēs Nacionālajam birojam) Oslo;

**Šveicē** – attiecīgajam *Caisse de Compensation AVS* (Veco ļaužu un apgādnieku zaudējušo personu apdrošināšanas fondam), kas būtu darba ņēmējam vai pašnodarbinātajai personai piekritīgs, ja būtu piemērojami Šveices tiesību akti.

- b) Divi veidlapas eksemplāri ar aizpildītu B daļu tiks nosūtīti darba devējam vai pašnodarbinātajai personai. Darba devējs nosūtīs vienu no šiem eksemplāriem nodarbinātajai personai.

- c) Dalībvalsts, kura saņem Regulas (EEK) Nr. 1408/71 14. panta 1. punktā vai 14.b panta 1. punktā minētā iesnieguma pieprasījumu, pienācīgi informē darba devēju un attiecīgo darba ņēmēju par nosacījumiem, saskaņā ar kuriem uz darba ņēmēju turpmāk var attiecināt dalībvalsts tiesību aktus.

Darba devējs tādējādi ir informēts par iespēju visā laikposmā, kādā darba ņēmējs ir norīkots darbā, veikt pārbaudes, lai konstatētu, vai minētais laikposms nav beidzies. Šādas pārbaudes var jo īpaši attiekties uz iemaksu izdarīšanu vai tiešas saistības saglabāšanu.



Turklāt darba devējam, kas attiecīgo darba ņēmēju norīkojis darbā, jāinformē nosūtītājvalsts kompetentā institūcija par ikvienu izmaiņu, kas notikusi laikposmā, kādā darba ņēmējs norīkots darbā, jo īpaši:

- ja attiecīgā norīkošana darbā nav notikusi vai termiņš, uz kādu darba ņēmējs norīkots darbā, nav pagarināts,
- ja šī norīkošana darbā ir pārtraukta, ja vien netiek pārtraukta tāda darbība, ko darba ņēmējs uz laiku veic uzņēmuma labā tajā dalībvalstī, kurā persona ir nodarbināta,
- ja pēc darba devēja rīkojuma darba ņēmējs ir pārcelts darbā uz citu uzņēmumu tajā valstī, kurā persona ir nodarbināta.

Pirmajos divos gadījumos darba devējs nosūta atpakaļ šo veidlapu nosūtītājvalsts kompetentajai institūcijai.

## PIEZĪMES

- (1) Tās valsts apzīmējums, kuras institūcija aizpilda veidlapu: BE = Beļģija, CZ = Čehija, 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.
- (2) Skatīt a) punktā norādīto “**Informāciju darba devējam vai pašnodarbinātai personai**”.
- (3) Norādīt visus uzvārdus civilstāvokļa secībā.
- (4) Norādīt visus vārdus civilstāvokļa secībā.
- (5) Darba ņēmējiem, uz kuriem attiecināmi **Beļģijas** tiesību akti, norādīt valsts sociālā nodrošinājuma numuru (*NISS*).  
Darba ņēmējiem, uz kuriem attiecināmi **Čehijas** tiesību akti, norādīt numuru, kas piešķirts personai, kas dzimusi Čehijā.  
Darba ņēmējiem, uz kuriem attiecināmi **Dānijas** tiesību akti, norādīt *CPR* numuru.  
Darba ņēmējiem, uz kuriem attiecināmi **Spānijas** tiesību akti, norādīt sociālā nodrošinājuma numuru.  
Darba ņēmējiem, uz kuriem attiecināmi **Itālijas** tiesību akti, norādīt Itālijas fiskālā koda numuru.  
Darba ņēmējiem, uz kuriem attiecināmi **Lietuvas** tiesību akti, norādīt valsts reģistrācijas numuru un valsts sociālā nodrošinājuma apliecības numuru.  
Darba ņēmējiem, uz kuriem attiecināmi **Luksemburgas** tiesību akti, norādīt darba ņēmēja sociālā nodrošinājuma numuru (*CCSS*).  
Darba ņēmējiem, uz kuriem attiecināmi **Maltas** tiesību akti, norādīt Maltas sociālā nodrošinājuma numuru.  
Darba ņēmējiem, uz kuriem attiecināmi **Nīderlandes** tiesību akti, norādīt *SOFI* numuru.  
Darba ņēmējiem, uz kuriem attiecināmi **Polijas** tiesību akti, norādīt *PESEL* un *NIP* numurus vai ja šādu numuru nav, personas apliecības vai pases sēriju un numuru.  
Darba ņēmējiem, uz kuriem attiecināmi **Slovēnijas** tiesību akti, norādīt *ZZZS* numuru.  
Darba ņēmējiem, uz kuriem attiecināmi **Slovākijas** tiesību akti, norādīt numuru, kas piešķirts personai, kas dzimusi Slovākijā.
- (6) Lūdzu, norādīt pēc iespējas vairāk informācijas, ko varētu izmantot, lai identificētu darba devēju vai pašnodarbinātas personas uzņēmumu.  
Gadījumā, kad darba ņēmēju nodarbina uz kuģa, norādīt kuģa nosaukumu un reģistrācijas numuru.  
**Beļģija** – darba ņēmēju gadījumā norādīt uzņēmuma reģistrācijas numuru (*numéro d'entreprise/ondernemingsnummer/Unternehmensnummer*) un pašnodarbinātu personu gadījumā norādīt PVN maksātāja reģistrācijas numuru.  
**Čehija** – norādīt identifikācijas numuru (*IČ*).  
**Dānija** – norādīt *CVR* numuru.  
**Vācija** – norādīt *Betriebsnummer des Arbeitgebers* (darba devēja darbības numuru).  
**Spānija** – norādīt *Código de Cuenta de Cotización del Empresario CCC* (darba devēja iemaksu konta numuru).  
**Francija** – norādīt *SIRET* numuru.  
**Luksemburga** – norādīt darba devēja sociālā nodrošinājuma reģistrācijas numuru un pašnodarbinātām personām norādīt sociālā nodrošinājuma numuru (*CCSS*).  
**Ungārija** – norādīt darba devēja sociālā nodrošinājuma reģistrācijas numuru un pašnodarbinātām personām norādīt individuālā uzņēmuma identifikācijas numuru.  
**Malta** – Maltas valstspiederīgajiem norādīt personas apliecības numuru un personām, kas nav Maltas valstspiederīgie, norādīt Maltas sociālā nodrošinājuma numuru.  
**Polija** – ja ir, norādīt *NUSP* numuru vai *NIP* un *REGON* numurus, 3.6. punktā, un *PESEL* un *NIP* numurus vai ja šādu numuru nav, personas apliecības vai pases sēriju un numuru, 6.2. punktā.  
**Slovēnija** – norādīt darba devēja vai pašnodarbinātas personas reģistrācijas numuru.  
**Slovākija** – norādīt uzņēmuma identifikācijas (*IČO* numuru).  
Darba ņēmējiem, uz kuriem attiecināmi **Somijas** tiesību akti, norādīt kompetentās nelaiemes gadījumu apdrošināšanas institūcijas nosaukumu.  
**Norvēģija** – norādīt organizācijas numuru.
- (7) Šis laikposms nedrīkst pārsniegt 24 mēnešus no dienas, kad darba ņēmējs norīkots darbā vai uzsākta darbība kā pašnodarbinātai personai.
- (8) Divi eksemplāri jānosūta atpakaļ pieprasījuma iesniedzējam un viens eksemplārs jānosūta pilnvarotajai institūcijai tajā valstī, kurā ir reģistrēta uzņēmuma juridiskā adrese.

IZVĒLES TIESĪBU PIEMĒROŠANA

Regulas (EEK) 1408/71: 16. panta 2. un 3. punkts  
Regulas (EEK) 574/72: 13. panta 2. un 3. punkts; 14. panta 1. un 2. punkts

Pēc veidlapas A daļas aizpildīšanas saskaņā ar norāžu a) un b) punktu apdrošinātai personai veidlapa jāiesniedz vai tā jānosūta saskaņā ar norāžu a) un c) punktu. Institūcijai, kas saņem veidlapu, jāizpilda B daļa un viens eksemplārs jānosūta atpakaļ apdrošinātajai personai.

Lūdzu, aizpildiet šo veidlapu ar drukātiem burtiem (trīs eksemplāros), rakstot tikai uz punktētajām līnijām. To veido trīs lapas, no kurām nevienu nedrīkst izlaist.

A. Izvēles tiesības

1. Es, apakšā parakstīties(-usies)

1.1 Uzvārds(-i) (2): .....

1.2 Vārds(-i) (3): .....

1.3 Iepriekšējais(-ie) vārds(-i)/uzvārds(-i): .....

1.4 Dzimšanas datums: ..... 1.5 Valstspiederība: .....

1.6 Personas identifikācijas numurs (4): .....

2. Nodarbināts(-a) no: .....

2.1 (4)  kā: ..... diplomātiskajā un konsulārā dienestā  
turpmāk -:

2.2 (4)  kā: .....  
šāda darba devēja štata darbinieks (5): .....  
diplomātiskā vai konsulārā dienesta aģents, turpmāk: .....

2.3  kā Eiropas Kopienu ārštata darbinieks

3. Ar šo izmantoju izvēles tiesības attiecībā uz tiesību aktiem sociālā nodrošinājuma jomā

3.1 (6)  tajā valstī, kurai esmu valstspiederīgs(-a)

3.2 (6)  tajā valstī, kuras tiesību akti bija iepriekš uz mani attiecināmi, t.i., es biju tiesību subjekts šādā valstī:

- |                                    |                                       |                                    |                                      |  |
|------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Beļģija   | <input type="checkbox"/> Čehija       | <input type="checkbox"/> Dānija    | <input type="checkbox"/> Vācija      | <input type="checkbox"/> Igaunija            |
| <input type="checkbox"/> Grieķija  | <input type="checkbox"/> Spānija      | <input type="checkbox"/> Francija  | <input type="checkbox"/> Īrija       | <input type="checkbox"/> Itālija             |
| <input type="checkbox"/> Kipra     | <input type="checkbox"/> Latvija      | <input type="checkbox"/> Lietuva   | <input type="checkbox"/> Luksemburga | <input type="checkbox"/> Ungārija            |
| <input type="checkbox"/> Malta     | <input type="checkbox"/> Nīderlande   | <input type="checkbox"/> Austrija  | <input type="checkbox"/> Polija      | <input type="checkbox"/> Slovēnija           |
| <input type="checkbox"/> Portugāle | <input type="checkbox"/> Slovākija    | <input type="checkbox"/> Somija    | <input type="checkbox"/> Zviedrija   | <input type="checkbox"/> Apvienotā Karaliste |
| <input type="checkbox"/> Islande   | <input type="checkbox"/> Lihtenšteina | <input type="checkbox"/> Norvēģija | <input type="checkbox"/> Šveice      |  |

4. Vieta un datums: .....

5. Paraksts: .....

6. Eiropas Kopienu iestāde, kas ir noslēgusi līgumu ar ārštata darbinieku

6.1 Nosaukums: .....

6.2 Adrese: .....

6.3 Zīmoga vieta ..... 6.4 Datums: .....

6.5 Paraksts: .....

**B. Paziņojums**

7. Mēs esam ņēmuši vērā faktu, ka uz personu, kas minēta 1. ailē, ir attiecināmi šādas valsts tiesību akti<sup>(6)</sup>:

- |                                    |                                       |                                    |                                      |  |
|------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Beļģija   | <input type="checkbox"/> Čehija       | <input type="checkbox"/> Dānija    | <input type="checkbox"/> Vācija      | <input type="checkbox"/> Igaunija            |
| <input type="checkbox"/> Grieķija  | <input type="checkbox"/> Spānija      | <input type="checkbox"/> Francija  | <input type="checkbox"/> Īrija       | <input type="checkbox"/> Itālija             |
| <input type="checkbox"/> Kipra     | <input type="checkbox"/> Latvija      | <input type="checkbox"/> Lietuva   | <input type="checkbox"/> Luksemburga | <input type="checkbox"/> Ungārija            |
| <input type="checkbox"/> Malta     | <input type="checkbox"/> Nīderlande   | <input type="checkbox"/> Austrija  | <input type="checkbox"/> Polija      | <input type="checkbox"/> Portugāle           |
| <input type="checkbox"/> Slovēnija | <input type="checkbox"/> Slovākija    | <input type="checkbox"/> Somija    | <input type="checkbox"/> Zviedrija   | <input type="checkbox"/> Apvienotā Karaliste |
| <input type="checkbox"/> Islande   | <input type="checkbox"/> Lihtenšteina | <input type="checkbox"/> Norvēģija | <input type="checkbox"/> Šveice      |  |

7.1 no: .....

7.2 laikposms, uz kādu persona ir iecelta amatā, kas norādīts šīs veidlapas A daļā<sup>(7)</sup>

8.	Kompetentās iestādes pilnvarotā institūcija	
8.1	Nosaukums: .....	
8.2	Institūcijas identifikācijas numurs: .....	
8.3	Adrese: .....	
8.4	Zīmoga vieta	8.5 Datums: .....
		8.6 Paraksts: .....

**Diplomātiskā vai konsulārā dienestā nodarbinātajām personām un šādu darbinieku mājkalpotājiem**

a) Kad aizpildīta A daļa, izņemot 6. ailī, jums jāiesniedz viens veidlapas eksemplārs darba devējam un jānosūta divi veidlapas eksemplāri tās valsts kompetentās iestādes pilnvarotajai institūcijai, attiecībā uz kuras tiesību aktiem esat izmantojis izvēles tiesības, t.i.

**Beļģijā** – Office national de sécurité sociale (Valsts sociālā nodrošinājuma birojam) Briselē;

**Čehijā** – Česká správa sociálního zabezpečení (Čehijas Sociālā nodrošinājuma pārvaldei) Prāgā;

**Dānijā** – Den Sociale Sikringsstyrelse (Valsts sociālā nodrošinājuma aģentūrai) Kopenhāgenā;

**Vācijā** – Krankenkasse (slimokases) Bonnas birojam pēc apdrošinātās personas izvēles;

**Igaunijā** – Sotsiaalkindlustusamet (Sociālās apdrošināšanas pārvaldei) Tallinā;

**Grieķijā** – IKA (Sociālās apdrošināšanas pārvaldes reģionālajai vai vietējai nodaļai);

**Spānijā** – Tesorería General de la Seguridad Social - Ministerio de Trabajo y Seguridad Social (Darba un sociālo lietu ministrijas Sociālā nodrošinājuma Galvenajai kasei) Madridē;

**Francijā** – Caisse primaire d'assurance-maladie (vietējai slimokasei) Parīzē;

**Īrijā** – Department of Social Welfare (Sociālās labklājības departamentam), Dublinā;

**Itālijā** – Istituto nazionale della previdenza sociale INPS (Valsts sociālās labklājības pārvaldes vietējam kompetentajam birojam);

**Kiprā** – Τμήμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων, Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων (Darba un sociālās apdrošināšanas lietu ministrijas Sociālās apdrošināšanas departamentam) 1465 Lefkosia;

**Latvijā** – Valsts sociālās apdrošināšanas aģentūrai;

**Lietuvā** – Valstybinio socialinio draudimo fondo valdybos teritoriniai skyriai (Valsts sociālās apdrošināšanas fonda pārvaldes reģionālajai nodaļai) Viļņā;

**Luksemburgā** – Centre commun de la sécurité sociale (Kopējām sociālā nodrošinājuma centram) Luksemburgā;

**Ungārijā** – Fővárosi és Pest Megyei Egészségbiztosítási Pénztár (Pestas un Budas reģionālajai slimokasei), Budapeštā;

**Maltā**, Dipartiment tas-Sigurtas Soċjali (Sociālā nodrošinājuma departamentam), Vallettā;

**Nīderlandē** – Sociale Verzekeringsbank (Sociālās apdrošināšanas bankai), Amstelvenā;

**Austrijā** – veselības apdrošināšanas kompetentajai institūcijai;

**Polijā** – Zakład Ubezpieczeń Społecznych – ZUS (Sociālās apdrošināšanas institūcijai) Varšavā;

**Portugālē** – Departamento de Relações Internacionais e Convenções de Segurança Social (Starptautisko attiecību un sociālā nodrošinājuma konvenciju departamentam) Lisabonā;

**Slovēnijā** – Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS) (Slovēnijas Veselības apdrošināšanas institūcijas) kompetentajai reģionālajai nodaļai;

**Slovākijā** – Sociálna poisťovňa (Sociālās apdrošināšanas aģentūrai) Bratislavā;

**Somijā** – Eläketurvakeskus (Somijas Pensiju centram) Helsinkos;

**Zviedrijā** – Försäkringskassan, Huvudkontoret (Zviedrijas Sociālās apdrošināšanas aģentūras Galvenajam birojam) Stokholmā;

**Apvienotajā Karalistē** – Inland Revenue Centre for Non-Residents (Valsts ieņēmumu dienesta Nerezidentu centram) Benton Park View, Newcastle upon Tyne, NE98 1ZZ;

**Islandē** – Tryggingastofnun riskins (Valsts sociālā nodrošinājuma pārvaldei) Reikjavīkā;

**Lihtenšteinā** – *Amt für Volkswirtschaft* (Tautsaimniecības birojam) Vaducā;

**Norvēģijā** – *Folketrygdkontoret for utenlandssaker* (Sociālās apdrošināšanas ārzemēs Nacionālajam birojam), Oslo;

**Šveicē** – *Caisse fédérale de compensation* (Federālajam kompensāciju fondam) Bernē.

#### Eiropas Kopienu iestādei, kas ir pilnvarota slēgt līgumus ar ārštata darbiniekiem

- b) *Ja persona, kas pieņemta darbā kā ārštata darbinieks, paziņo par vēlēšanos izmantot izvēles tiesības, Eiropas Kopienu pilnvarotajai iestādei jānodrošina, lai minētā persona aizpildītu veidlapas A daļu, izņemot 6. ailī, kuru jāaizpilda [šai] iestādei.*
- c) *Divi veidlapas eksemplāri jānosūta institūcijai, ko pilnvarojusi tās dalībvalsts kompetentā iestāde, attiecībā uz kuras tiesību aktiem attiecīgā persona ir izmantojusi izvēles tiesības (skatīt a) punktu).*

#### PIEZĪMES

- (<sup>1</sup>) Tās valsts apzīmējums, kuras institūcija aizpilda veidlapu: BE = Beļģija, CZ = Čehija, 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>2</sup>) Norādīt uzvārdus civilstāvokļa secībā.
- (<sup>3</sup>) Norādīt vārdus civilstāvokļa secībā.
- (<sup>4</sup>) Darba ņēmējiem, uz kuriem attiecināmi Beļģijas tiesību akti, lūdzu, norādīt numuru, ar kuru persona reģistrēta valstī.  
Darba ņēmējiem, uz kuriem attiecināmi Spānijas tiesību akti, lūdzu, norādīt sociālā nodrošinājuma numuru.  
Darba ņēmējiem, uz kuriem attiecināmi Maltas tiesību akti, lūdzu, norādīt personas apliecības numuru, ja persona ir Maltas pilsonis, vai sociālā nodrošinājuma numuru, ja persona nav Maltas pilsonis.  
Darba ņēmējiem, uz kuriem attiecināmi Slovākijas tiesību akti, lūdzu, attiecīgā gadījumā norādīt numuru, kas piešķirts Slovākijā dzimušai personai.  
Darba ņēmējiem, uz kuriem attiecināmi Polijas tiesību akti, lūdzu, norādīt *PESEL* un *NIP* numurus vai, ja šādu numuru nav, norādīt personas apliecības vai pasēs sēriju un numuru.
- (<sup>5</sup>) Norādīt darba devēja uzvārdu(-s) un vārdu(-s).
- (<sup>6</sup>) Atzīmēt ar krustiņu ailē, kur norādīta atbilstošā valsts. Lūdzu, ievērot, ka diplomātiskajā vai konsulārajā dienestā nodarbinātas personas, diplomātiskā vai konsulārā dienesta aģentu mājkalpotāji var izmantot izvēles tiesības vienīgi attiecībā uz tās valsts tiesību aktiem sociālā nodrošinājuma jomā, kuras pilsoņi ir šīs personas.
- (<sup>7</sup>) Diplomātiskajā vai konsulārajā dienestā nodarbinātas personas, diplomātiskā vai konsulārā dienesta aģentu mājkalpotāji var izmantot izvēles tiesības katra kalendārā gada beigās.



APLIECĪBA PAR APDROŠINĀŠANAS, NODARBINĀTĪBAS VAI UZTURĒŠANĀS PERIODU SUMMĒŠANU

Slimība – maternitāte – apbedīšana (pabalsts) – invaliditāte

Regulas (EEK) Nr. 1408/71: 9. panta 2. punkts; 18. panta 1. punkts; 38. panta 1. punkts; 64. pants

Regulas (EEK) Nr. 574/72: 6. panta 2. punkts; 16. pants; 39. panta 1. un 2. pants; 79. pants

Kompetentai institūcijai jāizpilda veidlapas A daļa un jānosūta divi eksemplāri tās dalībvalsts institūcijai, kuras tiesību akti bija iepriekš attiecināmi uz attiecīgo personu. Pēdējai no minētajām institūcijām jāizpilda veidlapas B daļa un tā jānosūta atpakaļ tai institūcijai, no kuras šī veidlapa ir saņemta. Ja veidlapu sagatavo pēc attiecīgās personas pieprasījuma, tad tai institūcijai, kas to sagatavo, jāizpilda veidlapas A.2 daļa un B daļa un šī veidlapa jāizsūniedz vai jānosūta attiecīgajai personai.

Lūdzu, aizpildiet šo veidlapu drukātiem burtiem, rakstot tikai uz punktētajām līnijām. Tā sastāv no trim lapām, no kurām nevienu nedrīkst izlaist.

A daļa

1.	Institūcija, kurai adresēta veidlapa
1.1	Nosaukums: .....
1.2	Institūcijas identifikācijas numurs: .....
1.3	Adrese: .....
	.....

2.	Apdrošinātā persona
2.1	Uzvārds(-i) <sup>(2)</sup> : .....
2.2	Vārds(-i) <sup>(3)</sup> : .....
	Dzimšanas datums: .....
2.3	Iepriekšējais(-ie) vārds(-i), uzvārds(-i): .....
2.4	Personas identifikācijas numurs: .....
2.5	No datuma, kas norādīts 3.1 ailē, apdrošinātā persona veica profesionālu darbību kā: <input type="checkbox"/> nodarbināta persona <input type="checkbox"/> pašnodarbināta persona <sup>(4)</sup> .....
2.6	<input type="checkbox"/> Iepriekšējā darba devēja nosaukums <input type="checkbox"/> Iepriekšējā pašnodarbinātas personas profesionālās darbības joma .....
	Adrese: .....
	.....
2.7	<input type="checkbox"/> Iepriekšējais(-ie) darba devējs(-i): (nosaukums un adrese) .....
	<input type="checkbox"/> Iepriekšējās pašnodarbinātas personas profesionālās darbības jomas: .....
	.....
	.....
	.....
	.....

3. Lai izskatītu iepriekš minētās apdrošinātās personas iesniegto pieprasījumu, lūdzu, norādīt šās personas apdrošināšanas, nodarbinātības vai uzturēšanās periodus

3.1 no .....

3.2 saskaņā ar jūsu valsts tiesību aktiem - apdrošināšana pret šādiem riskiem:

slimība un maternitāte<sup>(5)</sup>

nāve (pabalsts)

invaliditāte<sup>(6)</sup>

4. Kompetentā institūcija

4.1 Nosaukums: .....

4.2 Institūcijas identifikācijas numurs: .....

4.3 Adrese: .....

4.4 Zīmoga vieta 4.5 Datums: .....

4.6 Paraksts: .....

**B daļa**

5. Persona, kas norādīta 2. ailē,

5.1  ir apdrošināta pret slimības un maternitātes risku no datuma, kas norādīts 3.1 ailē<sup>(7)</sup>

5.2  ir tiesīga no .....

6. Sanemt attiecīgos pabalstus šādā apdrošināšanas vai nodarbinātības laikā:  <sup>(6)</sup>

6.1	no .....	līdz .....	<sup>(8)</sup>	<sup>(9)</sup> risks .....	<input type="checkbox"/> <sup>(10)</sup>
6.2	no .....	līdz .....	<sup>(8)</sup>	<sup>(9)</sup> risks .....	<input type="checkbox"/> <sup>(10)</sup>
6.3	no .....	līdz .....	<sup>(8)</sup>	<sup>(9)</sup> risks .....	<input type="checkbox"/> <sup>(10)</sup>
6.4	no .....	līdz .....	<sup>(8)</sup>	<sup>(9)</sup> risks .....	<input type="checkbox"/> <sup>(10)</sup>
6.5	no .....	līdz .....	<sup>(8)</sup>	<sup>(9)</sup> risks .....	<input type="checkbox"/> <sup>(10)</sup>
6.6	no .....	līdz .....	<sup>(8)</sup>	<sup>(9)</sup> risks .....	<input type="checkbox"/> <sup>(10)</sup>
6.7	no .....	līdz .....	<sup>(8)</sup>	<sup>(9)</sup> risks .....	<input type="checkbox"/> <sup>(10)</sup>
6.8	no .....	līdz .....	<sup>(8)</sup>	<sup>(9)</sup> risks .....	<input type="checkbox"/> <sup>(10)</sup>
6.9	no .....	līdz .....	<sup>(8)</sup>	<sup>(9)</sup> risks .....	<input type="checkbox"/> <sup>(10)</sup>
6.10	no .....	līdz .....	<sup>(8)</sup>	<sup>(9)</sup> risks .....	<input type="checkbox"/> <sup>(10)</sup>

7. šādos uzturēšanās periodos:

7.1	no .....	līdz .....	<sup>(8)</sup>	<sup>(9)</sup> risks .....	<input type="checkbox"/> <sup>(10)</sup>
7.2	no .....	līdz .....	<sup>(8)</sup>	<sup>(9)</sup> risks .....	<input type="checkbox"/> <sup>(10)</sup>
7.3	no .....	līdz .....	<sup>(8)</sup>	<sup>(9)</sup> risks .....	<input type="checkbox"/> <sup>(10)</sup>
7.4	no .....	līdz .....	<sup>(8)</sup>	<sup>(9)</sup> risks .....	<input type="checkbox"/> <sup>(10)</sup>
7.5	no .....	līdz .....	<sup>(8)</sup>	<sup>(9)</sup> risks .....	<input type="checkbox"/> <sup>(10)</sup>
7.6	no .....	līdz .....	<sup>(8)</sup>	<sup>(9)</sup> risks .....	<input type="checkbox"/> <sup>(10)</sup>
7.7	no .....	līdz .....	<sup>(8)</sup>	<sup>(9)</sup> risks .....	<input type="checkbox"/> <sup>(10)</sup>
7.8	no .....	līdz .....	<sup>(8)</sup>	<sup>(9)</sup> risks .....	<input type="checkbox"/> <sup>(10)</sup>
7.9	no .....	līdz .....	<sup>(8)</sup>	<sup>(9)</sup> risks .....	<input type="checkbox"/> <sup>(10)</sup>
7.10	no .....	līdz .....	<sup>(8)</sup>	<sup>(9)</sup> risks .....	<input type="checkbox"/> <sup>(10)</sup>

8. Institūcija, kas aizpilda B daļu

8.1 Nosaukums: .....

8.2 Institūcijas identifikācijas numurs: .....

8.3 Adrese: .....

8.4 Zīmoga vieta 8.5 Datums: .....

8.6 Paraksts: .....

## PIEZĪMES

- (<sup>1</sup>) Tās valsts apzīmējums, kuras iestāde aizpilda veidlapu: BE = Beļģija, CZ = Čehija, 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>2</sup>) Norādīt uzvārdus civilstāvokļa secībā.
- (<sup>3</sup>) Norādīt vārdus civilstāvokļa secībā.
- (<sup>4</sup>) Norādīt valsti.
- (<sup>5</sup>) Tikai tad, ja veidlapa ir adresēta Beļģijas, Francijas, Grieķijas, Lihtenšteinas vai Šveices institūcijai, norādīt apdrošināšanas segto risku, izmantojot šādus kodus: N = pabalsti natūrā, E = naudas pabalsti.
- (<sup>6</sup>) Francijas un Latvijas institūcijām.
- (<sup>7</sup>) Aizpildīt tikai tad, ja kompetentā institūcija ir Beļģijas institūcija.
- (<sup>8</sup>) Ja apliecība ir paredzēta Beļģijas, Čehijas, Grieķijas, Latvijas, Lietuvas, Polijas vai Lihtenšteinas institūcijai, norādīt, vai profesionālās darbības darbības periodi bija kā nodarbinātai personai vai kā pašnodarbinātai personai, izmantojot šādu kodu: D = nodarbināta persona; I = pašnodarbināta persona..
- Ja apliecība ir paredzēta Vācijas, Lietuvas, Luksemburgas vai Polijas institūcijai, norādīt 7. punktā minētos periodus, izmantojot šādus kodus: P = obligātā apdrošināšana; F = brīvprātīgā apdrošināšana.
- (<sup>9</sup>) Norādīt apdrošināšanas segto risku, izmantojot šādus kodus:  
A = slimība un maternitāte; B = apbedīšana (pabalsts); O = invaliditāte.
- (<sup>10</sup>) Ja kompetentā institūcija ir Kipras, Vācijas, Īrijas, Ungārijas, Austrijas vai Apvienotās Karalistes institūcija, tad šo aili atzīmēt ar krustiņu, ka apdrošināšanas periods vai uzturēšanās periods atbilst faktiskās nodarbinātības periodam, un norādīt nodarbinātības vai pašnodarbinātības veidu.





**APLIECĪBA PAR TĀDU PERSONU TIESĪBĀM UZ SLIMĪBAS UN MATERNITĀTES PABALSTIEM PAKALPOJUMU VEIDĀ, KURAS DZĪVO VALSTĪ, KAS NAV KOMPETENTĀ VALSTS**

**Nodarbinātas un pašnodarbinātas personas un ģimenes locekļi, kuri dzīvo kopā ar šīm personām; bezdarbnieku ģimenes locekļi**

*Regulas (EEK) Nr. 1408/71: 19. panta 1. punkta a) apakšpunkts; 19. panta 2. punkts; 25. panta 3. punkts*

*Regulas (EEK) Nr. 574/72: 17. panta 1. punkts un 4. punkts; 27. pants (pirmais teikums)*

Kompetentajai institūcijai jāizpilda veidlapas A daļa un divi eksemplāri jānosūta apdrošinātajai personai vai attiecīgā gadījumā ar sadarbības iestādes starpniecību - institūcijai dzīves vietā, ja veidlapa sagatavota pēc minētās institūcijas pieprasījuma. Tiklīdz tā ir saņēmusi abus eksemplārus, pēdējai institūcijai jāizpilda B daļa un viens eksemplārs jānosūta kompetentajai institūcijai.

Lūdzu, aizpildīt šo veidlapu ar drukātiem burtiem, rakstot tikai uz punktētajām līnijām. Tā sastāv no četrām lapām, no kurām nevienu nedrīkst izlaist.

**A. Paziņojums par tiesībām**

1.	Dzīvesvietas institūcija <sup>(2)</sup>
1.1	Nosaukums: .....
1.2	Institūcijas identifikācijas numurs: .....
1.3	Adrese: .....
1.4	Atsauce: jūsu veidlapa E 107, kas datēta .....

2.	Apdrošinātā persona
2.1	Uzvārds(-i) <sup>(3)</sup> : .....
2.2	Vārds(-i) <sup>(4)</sup> : .....
	Dzimšanas datums: .....
2.3	Iepriekšējais(-ie) vārds(-i), uzvārds(-i): .....
2.4	Adrese dzīvesvietas valstī: .....
2.5	Personas identifikācijas numurs: .....
2.6	Persona <input type="checkbox"/> ir nodarbināta persona
2.7	Apdrošinātā persona <input type="checkbox"/> ir pašnodarbināta persona
2.8	Apdrošinātā persona <input type="checkbox"/> ir pierobežas darbinieks (nodarbināta persona)
2.9	Apdrošinātā persona <input type="checkbox"/> ir pierobežas darbinieks (pašnodarbināta persona)
2.10	Apdrošinātā persona <input type="checkbox"/> ir bezdarbnieks

3.	Ģimenes locekļi <sup>(5)</sup>
3.1	Uzvārds(-i) <sup>(3)</sup> : .....
3.2	Vārds(-i) <sup>(4)</sup> : .....
	Dzimšanas datums: .....
3.3	Iepriekšējais(-ie) vārds(-i), uzvārds(-i): .....
3.4	Adrese dzīvesvietas valstī: .....
3.5	Personas identifikācijas numurs: .....

4.1  Iepriekš minētajai apdrošinātajai personai un ģimenes locekļiem<sup>(6)</sup>, kuri dzīvo kopā ar šīm personām

4.2  Iepriekš minētā bezdarbnieka ģimenes locekļiem

5. ir tiesības saņemt slimības un maternitātes apdrošināšanas pabalstus pakalpojumu veidā

no .....

6. Attiecīgās personas saglabā tiesības saņemt pabalstus

6.1  līdz šo apliecību anulē

6.2  vienu gadu no 5. punktā norādītās dienas (7)

6.3  līdz ..... ieskaitot (8)

7. Kompetentā slimības un maternitātes apdrošināšanas institūcija

7.1 Nosaukums: .....

7.2 Institūcijas identifikācijas numurs: .....

7.3 Adrese: .....

7.4 Zīmoga vieta

7.5 Datums: .....

7.6 Paraksts: .....

**B. Paziņojums par reģistrāciju (9)**

8.

8.1  Apdrošinātā persona, kas minēta 2. ailē, un šīs personas ģimenes locekļi

8.2  Bezdarbnieka, kas minēts 3. ailē, ģimenes locekļi

8.3  tika reģistrēts(-i) mūsu iestādē .....

8.4  nevar reģistrēt mūsu iestādē šāda iemesla dēļ .....

9.

9.1	Uzvārds(-i) (3)	Vārds(-i) (4)	Iepriekšējais(-ie) vārds(-i), uzvārds(-i)	Dzimšanas datums	Personas identifikācijas numurs
9.2	.....	.....	.....	.....	.....
9.3	.....	.....	.....	.....	.....
9.4	.....	.....	.....	.....	.....
9.5	.....	.....	.....	.....	.....
9.6	.....	.....	.....	.....	.....
9.7	.....	.....	.....	.....	.....
9.8	.....	.....	.....	.....	.....
9.9	.....	.....	.....	.....	.....

10. Dzīvesvietas institūcija

10.1 Nosaukums: .....

10.2 Institūcijas identifikācijas numurs: .....

10.3 Adrese: .....

10.4 Zīmoga vieta

10.5 Datums: .....

10.6 Paraksts: .....

## Informācija apdrošinātajai personai

- a) Ar šo veidlapu jums dotas tiesības saņemt slimības un maternitātes pabalstus pakalpojumu veidā jums un jūsu ģimenes locekļiem. Ja esat bezdarbnieks, šī veidlapa nav paredzēta jums; tā ir paredzēta vienīgi jūsu ģimenes locekļiem, kuri dzīvo dalībvalstī, kas nav valsts, kurā jūs esat apdrošināts.
- b) Veidlapas divus eksemplārus, kuri atrodas pie jums, jāiesniedz pēc iespējas drīz slimības un maternitātes apdrošināšanas institūcijā jūsu dzīvesvietā. Ja esat bezdarbnieks, jūsu ģimenes locekļiem veidlapa jāiesniedz slimības un maternitātes apdrošināšanas institūcijai viņu dzīvesvietā.
- c) Slimības un maternitātes apdrošināšanas institūcijas ir minētas turpmāk:
- Beļģijā** – mutualité (vietējā slimokase) pēc personas izvēles,  
**Čehijā** – Zdravotní pojišťovna izvēlēts veselības apdrošināšanas fonds personas dzīvesvietā,  
**Dānijā** – pašvaldības iestāde personas dzīvesvietā,  
**Vācijā** – Krankenkasse (slimokase) pēc attiecīgās personas izvēles,  
**Igaunijā** – Eesti Haigekassa (Igaunijas slimokase),  
**Griekijā** – parasti Sociālās apdrošināšanas pārvaldes (IKA) reģionālā vai pašvaldības filiāle; filiāles birojam jānoformē attiecīgajai personai "veselības grāmata", bez kuras nevar saņemt pabalstus natūrā,  
**Spānijā** – Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social (Valsts sociālā nodrošinājuma pārvaldes provinces direktorāts) personas dzīvesvietā; ja jūs pieprasāt pabalstus, varat vērsties Spānijas Sociālā un veselības nodrošinājuma sistēmas Medicīniskajā un slimnicu dienestā; jums jāiesniedz veidlapa kopā ar tās fotokopiju;  
**Francijā** – Caisse primaire d'assurance-maladie (vietējā slimokase);  
**Īrijā** – Medicīniskās palīdzības dienesta vietējā medicīnas iestāde,  
**Itālijā** – Unita sanitaria locale (USL, vietējā veselības pārvaldes nodaļa), kuras pārziņā ir attiecīgais apgabals, Jūrmiekiem un civilās aviācijas gaisa kuģu apkalpei - Ministero della Sanità - Ufficio di sanità marittima o aerea (Veselības ministrijas Tirdzniecības flotes un civilās aviācijas teritoriālā veselības iestāde),  
**Kiprā** – Υπουργείο Υγείας (Veselības ministrija, 1448 Lefkosia); iesniedzot pieprasījumu, attiecīgajai personai izsniegs Kipras medicīnisko karti, bez kuras valsts medicīnas institūcijās nevar saņemt pabalstus pakalpojumu veidā.  
**Latvijā** – Veselības obligātās apdrošināšanas valsts aģentūra,  
**Lietuvā** – teritoriālā slimokase, slimības un maternitātes [apdrošināšanas] institūcijas,  
**Luksemburgā** – Caisse de maladie des ouvriers (roku darba strādnieku slimokase),  
**Ungārijā** – kompetentais Megyei Egészségbiztosítási Pénztár (vietējais veselības apdrošināšanas birojs),  
**Maltā** – Veselības ministrijas Tiesību nodaļa, 23, John Street, Valletta,  
**Nīderlandē** – jebkura slimokase, kuras pārziņā ir personas dzīvesvieta,  
**Austrijā** – Gebietskrankenkasse (reģionālā slimokase), kuras pārziņā ir personas dzīvesvieta,  
**Polijā** – Narodowy Fundusz Zdrowia (Nacionālā veselības fonda) reģionālā filiāle, kuras pārziņā ir personas dzīvesvieta,  
**Portugālē, Portugāles pamatdaļā** – Centro Distrital de Solidariedade e Segurança Social (Reģionālais solidaritātes un sociālā nodrošinājuma centrs) personas dzīvesvietā; **Madeirā** – Centro de Segurança Social da Madeira (Madeiras Reģionālais sociālā nodrošinājuma centrs) Funhalā; **Azoru salās** – Centro de Prestações Pecuniárias (Naudas pabalstu centrs) personas dzīvesvietā,  
**Slovēnijā** – Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS) (Slovēnijas Veselības apdrošināšanas pārvalde),  
**Slovākijā** – zdravotná poisťovňa (sociālās apdrošināšanas sabiedrība) pēc apdrošinātās personas izvēles,  
**Somijā** – Kansaneläkelaitos (Sociālās apdrošināšanas institūcijas) vietējā filiāle,  
**Zviedrijā** – Försäkringskassan (Pašvaldības sociālās apdrošināšanas birojs) personas dzīvesvietā,  
**Apvienotajā Karalistē** – the Department for Work and Pensions, the Pension Service, International Pension Centre, Tyneview Park, Newcastle-upon-Tyne (Starptautiskā pensiju centra Pensiju dienesta Darba un pensiju departaments) vai Northern Ireland Social Security Agency, Overseas Branch, Block 2, Castle Buildings, Belfast (Ziemeļīrijas Sociālā nodrošinājuma aģentūras Aizjūras nodaļa) pēc vajadzības,  
**Islandē** – Tryggingastofrun riskins (Valsts sociālā nodrošinājuma pārvalde) Reikjavīkā,  
**Lihtenšteinā** – Amt für Volkswirtschaft (Tautsaimniecības birojs) Vaducā,  
**Norvēģijā** – lokale Trygdekontor (vietējais apdrošināšanas birojs) personas dzīvesvietā,  
**Šveicē** – Institution commune LAMal- Instituzione commune LAMal - Gemeinsame Einrichtung KVG (Kopīgā institūcija saskaņā ar federālo veselības apdrošināšanas aktu) Soluturnā.
- d) Šī veidlapa ir derīga no 5. punktā minētās dienas un līdz termiņam, kas norādīts 6. ailes attiecīgajā rūtiņā, kura atzīmēta ar krustiņu.
- e) Jums vai jūsu ģimenes locekļiem jāinformē tā apdrošināšanas institūcija, kurai veidlapa ir iesniegta, par jebkuru apstākļu maiņu, kas varētu ietekmēt tiesības saņemt pabalstus pakalpojumu veidā, piemēram, darba līguma izbeigšana vai grozīšana, jūsu vai ģimenes locekļa dzīvesvietas vai uzturēšanās vietas maiņa.

## PIEZĪMES

- (<sup>1</sup>) Tās valsts apzīmējums, kuras iestāde aizpilda veidlapu: BE = Beļģija, CZ = Čehija, 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>2</sup>) Aizpildīt tikai tad, ja veidlapu noformē pēc tās institūcijas pieprasījuma, kas atrodas personas dzīvesvietā.
- (<sup>3</sup>) Norādīt uzvārdus civilstāvokļa secībā.
- (<sup>4</sup>) Norādīt vārdus civilstāvokļa secībā.
- (<sup>5</sup>) Aizpildīt tikai tad, ja veidlapa attiecas uz bezdarbnieka ģimenes locekļiem. Vienīgi reģistrācijas nolūkā norādīt vienu ģimenes locekli, tā kā dzīvesvietas valsts tiesību akti nosaka, kuriem ģimenes locekļiem ir tiesības saņemt pabalstu.
- (<sup>6</sup>) Dzīvesvietas valsts tiesību akti nosaka, kuriem ģimenes locekļiem ir tiesības saņemt pabalstu.
- (<sup>7</sup>) Ja veidlapu noformē Vācijas, Francijas, Itālijas vai Portugāles institūcija.
- (<sup>8</sup>) Ja nodarbinātām personām vai pašnodarbinātām personām veidlapu noformē Grieķijas, Ungārijas, Apvienotās Karalistes institūcija.
- (<sup>9</sup>) Ja šo veidlapu noformē, atjaunojot iepriekš izsniegtu apliecību, B daļa nav jāizpilda.

**PIETEIKUMS APLIECĪBAS PAR TIESĪBĀM UZ PABALSTIEM PAKALPOJUMU VEIDĀ SAŅEMŠANAI**

*Regulas (EEK) Nr. 1408/71 19. panta 1. punkta a) apakšpunkts; 19. panta 2. punkts; 22. panta 1. punkta a) apakšpunkta i) daļa, b) apakšpunkta i) daļa un c) apakšpunkta i) daļa; 22. panta 3. punkts; 25. panta 1. punkta a) apakšpunkts un 3. punkta i) daļa; 26. panta 1. punkts; 28. panta 1. punkta a) apakšpunkts;*

*29. panta 1. punkta a) apakšpunkts; 31. panta a) apakšpunkts; 52. panta a) apakšpunkts; 55. panta 1. punkta a) apakšpunkta i) daļa, b) apakšpunkta i) daļa un c) apakšpunkta i) daļa*

*Regulas (EEK) Nr. 574/72 17. panta 1. punkts; 21. panta 1. punkts; 22. panta 1. un 3. punkts; 23. pants; 27. panta pirmais teikums; 28. pants; 29. panta 1. un 2. punkts; 30. panta 1. punkts; 31. panta 1 un 3. punkts; 60. panta 1. punkts; 62. panta 3., 4. un 7. punkts; 63. panta 1. un 3. punkts*

*Institūcijai personas dzīvesvietā vai uzturēšanās vietā jāizpilda A daļa un jānosūta divi veidlapas eksemplāri kompetentajai institūcijai, ņemot vērā Regulas (EEK) Nr. 574/72 iepriekš minēto pantu noteikumus. Ja minētā institūcija uzskata, ka tā nevar nosūtīt pieprasīto veidlapu, tai jāizpilda B daļa un jānosūta viens no diviem eksemplāriem institūcijai, no kuras tā šos eksemplārus saņēma. Ja Beļģija ir kompetentā valsts, veidlapa jānosūta veselības apdrošināšanas institūcijai, izņemot, ja tas ir saistīts ar nelaiemes gadījumu darbā un šis fakts ir apstiprināts [ar attiecīgiem dokumentiem] vai slimību, kas atzīta par arodslimību.*

Lūdzu, aizpildiet šo veidlapu drukātiem burtiem, rakstot tikai uz punktētajām līnijām. Tā sastāv no četrām lapām, no kurām nevienu nedrīkst izlaist.

**A. Aizpilda institūcija personas dzīvesvietā vai uzturēšanās vietā**

1.	Institūcija, kurai adresēta šī veidlapa
1.1	Nosaukums: .....
1.2	Iestādes identifikācijas numurs .....
1.3	Adrese: .....
	.....

2.	<input type="checkbox"/> Apdrošinātā persona
2.1	Uzvārds(-i) <sup>(2)</sup> : .....
2.2	Vārds(-i) <sup>(3)</sup> : ..... Dzimšanas datums: .....
2.3	Iepriekšējais vārds(-i), uzvārds(-i): .....
2.4	Adrese: .....
2.5	Personas identifikācijas numurs <sup>(4)</sup> : .....
2.6	<input type="checkbox"/> Personai ir tiesības uz pensiju sakarā ar <input type="checkbox"/> vecumu <input type="checkbox"/> invaliditāti <input type="checkbox"/> apgādnieka zaudējumu <input type="checkbox"/> nelaiemes gadījumu darbā <input type="checkbox"/> arodslimību
2.7	Institūcija, kas ir atbildīga par pensiju izmaksu .....

3.	<input type="checkbox"/> Iepriekšējais darba devējs <sup>(5)</sup> <input type="checkbox"/> Iepriekšējā darbība kā pašnodarbinātai personai <sup>(6)</sup>
3.1	Nosaukums: .....
3.2	Adrese: .....
3.3	Darbības joma <sup>(6)</sup> : .....
3.4	Apdrošināšanas institūcija, kurā darba devējs ir apdrošināts pret nelaiemes gadījumu darbā <sup>(7)</sup> : .....
	.....
	.....
	.....

4.	Ģimenes locekļi <sup>(8)</sup>			
4.1	Uzvārds(-i) <sup>(2)</sup>	Vārds(-i) <sup>(3)</sup>	Dzimšanas datums	Personas identifikācijas numurs <sup>(4)</sup>
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
4.2	Adrese personas dzīvesvietas valstī <sup>(9)</sup> .....			
	.....			

5. (Datums) .....mūsu iestāde ir saņēmusi pieprasījumu no attiecīgajā ailē minētās personas:

2. ailē

4. ailē

Pieprasījuma mērķis

5.1  piešķirt pabalstu pakalpojumu veidā

5.2  saglabāt tiesības saņemt pabalstus pakalpojumu veidā

5.3  reģistrēt mūsu institūcijā personu, kurai ir tiesības saņemt pabalstus pakalpojumu veidā

6. Pabalsti natūrā  ir piešķirti  nav piešķirti

6.1 saskaņā ar  29. panta 2. punktu  60. panta 1. punktu  62. panta 3. punktu Regulā (EEK) Nr. 574/72:

6.2 Pieprasījuma iesniedzējs  līdz šim atkārtoti nav strādājis

ir veicis šādu darbību:

.....

7. Lūdzu, nosūtīt mūsu institūcijai apliecību par tiesībām saņemt pabalstus

E.....veidlapu .....

apliecību, ar ko uz laiku aizstāta Eiropas Veselības apdrošināšanas karte vai Eiropas Veselības apdrošināšanas karti (ja šāda karte izsniedzama saskaņā ar kompetentās valsts tiesību aktiem)

Derīga no ..... līdz .....

8.  Pielikumā – medicīniska izziņa<sup>(10)</sup>

9.	Personas dzīvesvietas vai uzturēšanās vietas institūcija			
9.1	Nosaukums: .....			
9.2	Institūcijas identifikācijas numurs: .....			
9.3	Adrese: .....			
	.....			
9.4	Zīmoga vieta	9.5	Datums:	
		9.6	Paraksts:	
			.....	

**B. Aizpilda kompetentā institūcija**

10.

10.1  Pielikumā – iepriekš minētā veidlapa. Ludzu, nosūtīt atpakaļ mūsu institūcijai pienācīgi aizpildītu un parakstītu eksemplāru. <sup>(11)</sup>

10.2  Mūsu institūcija nevar izsniegt A daļā pieprasīto dokumentu šāda iemesla dēļ:

.....  
.....

11.

**Kompetentā institūcija**

11.1 Nosaukums: .....

11.2 Institūcijas identifikācijas numurs:

11.3 Adrese: .....

11.4 .....

Zīmoga vieta

11.5

Datums:

11.6

Paraksts:

.....



## PIEZĪMES

- (<sup>1</sup>) Tās valsts apzīmējums, kuras iestāde aizpilda veidlapu: BE = Beļģija, CZ = Čehija, 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>2</sup>) Norādīt pilnu uzvārdu(-us) civilstāvokļa secībā.
- (<sup>3</sup>) Norādīt pilnu vārdu(-us) civilstāvokļa secībā
- (<sup>4</sup>) Itālijas institūciju vajadzībām norādīt "finanšu kodu".  
Maltas institūciju vajadzībām norādīt personas apliecības numuru, ja attiecīga persona ir Maltas pilsonis, vai Maltas sociālā nodrošinājuma numuru, ja attiecīgajai personai nav Maltas pilsonības.  
Slovākijas institūciju vajadzībām norādīt dzimšanas numuru, kas piešķirts personai, kura dzimusi Slovākijā.  
Spānijas institūciju vajadzībām norādīt *DNI* numuru, ja attiecīgā persona ir Spānijas pilsonis, [vai] NIE numuru, ja attiecīgajai personai nav Spānijas pilsonības. Ja *DNI* vai *NIE* termiņš ir beidzies, norādīt "nav".
- (<sup>5</sup>) Aizpildīt tikai tad, ja veidlapa attiecināma uz strādājošu darba ņēmēju vai pašnodarbinātu personu, vai bezdarbnieku.
- (<sup>6</sup>) Aizpildīt tikai tad, ja veidlapa attiecināma uz nodarbinātu personu, kas, iespējams, cietusi nelaimes gadījumā darbā.
- (<sup>7</sup>) Spānijā - *Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social* (Valsts sociālā nodrošinājuma pārvaldes provinces direktorāts) vai *Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Marina* (Jūrnieku sociālās institūcijas provinces direktorāts), piemērojot speciālo jūrnieku shēmu.
- (<sup>8</sup>) Aizpildīt tikai par tiem ģimenes locekļiem, attiecībā uz kuriem iesniegts pieprasījums piešķirt pabalstus vai pieteikums reģistrēt personu. Reģistrēšanas nolūkā norādīt tikai vienu ģimenes locekli.
- (<sup>9</sup>) Aizpildīt tikai tad, ja ģimenes locekļu adrese atšķiras no tās personas adreses, kā apgādībā ir ģimene.
- (<sup>10</sup>) Pievienot tikai tad, ja pieprasīts. Minētajā gadījumā attiecīgo aili atzīmēt ar krustiņu.
- (<sup>11</sup>) Nīderlandes un Šveices institūcijām un ja atpakaļ nosūtāmās veidlapas eksemplārs to paredz.

**PAZIŅOJUMS PAR TO, KA TIEK APTURĒTAS VAI PĀRTRAUKTAS TIESĪBAS UZ SLIMĪBAS UN MATERNITĀTES APDROŠINĀŠANAS  
PABALSTU PAKALPOJUMU VEIDĀ**

**Personas, kuras dzīvo valstī, kas nav kompetentā valsts**

Regulas (EEK) Nr. 1408/71 : 19. panta 1. punkta a) apakšpunkts un 2. punkts 25. panta 3. punkta i) ievilkums, 26. panta 1. punkts,  
28. panta 1. punkta a) apakšpunkts, 29. panta 1. punkta a) apakšpunkts  
Regulas (EEK) Nr. 574/72 : 17. panta 2. un 3. punkts; 27. pants; 28. pants; 29. panta 5. punkts, 30. pants, 94. panta 4. punkts, 95. panta  
4. punkts

Kompetentā institūcija vai institūcija dzīvesvietā aizpilda veidlapas A daļu un nosūta divus eksemplārus institūcijai dzīvesvietā vai kompetentajai institūcijai (ja vajadzīgs, ar sadarbības iestādes starpniecību). Saņēmējai institūcijai jāizpilda veidlapas B daļa un viens eksemplārs jānosūta nosūtītājai institūcijai.

**Lūdzu, aizpildīt šo veidlapu drukātiem burtiem, rakstot tikai uz punktētajām līnijām. Tā sastāv no trim lapām, no kurām nevienu nedrīkst izlaist.**

**A. Paziņojums**

<b>1.</b>	Institūcija, kurai adresēta veidlapa
1.1	Nosaukums: .....
1.2	Institūcijas identifikācijas numurs: .....
1.3	Adrese: .....
2.	<input type="checkbox"/> Nodarbināta persona <span style="margin-left: 200px;"><input type="checkbox"/> Pierobežas darbinieks (nodarbināts)</span> <input type="checkbox"/> Pašnodarbināta persona <span style="margin-left: 180px;"><input type="checkbox"/> Pierobežas darbinieks (pašnodarbināts)</span> <input type="checkbox"/> Bezdarbnieks <input type="checkbox"/> Pensionārs (shēma nodarbinātām personām) <input type="checkbox"/> Pensionārs (shēma pašnodarbinātām personām) <input type="checkbox"/> Pensijas pieprasītājs
2.1	Uzvārds(-i) <sup>(2)</sup> : .....
2.2	Vārds(-i) <sup>(3)</sup> : ..... Dzimšanas datums: .....
2.3	Iepriekšējais vārds(-i), uzvārds(-i): .....
2.4	Adrese dzīvesvietas valstī: .....
2.5	Personas identifikācijas numurs <sup>(4)</sup> : .....
3.	Ģimenes loceklis <sup>(5)</sup>
3.1	Uzvārds(-i) <sup>(2)</sup> : .....
3.2	Vārds(-i) <sup>(3)</sup> : ..... Dzimšanas datums: .....
3.3	Iepriekšējais vārds(-i), uzvārds(-i): .....
3.4	Adrese dzīvesvietas valstī: .....
3.5	Personas identifikācijas numurs: .....

4. Tiesības saņemt pabalstus, kas ir apstiprinātas uz mūsu  jūsu  ..... iestādes veidlapas, kura datēta ....., ir pārtrauktas vai izbeigtas šādu iemeslu dēļ:

4.1  Augstāk minētās personas apdrošināšanas termiņš ir beidzies..... (datums)

4.2 Neviens no apdrošinātās personas ģimenes locekļiem nav dzīvojis mūsu  jūsu  valstī kopš .....

4.3 Iepriekš minētās personas pensijas izmaksa ir pārtraukta vai apturēta kopš .....

4.4 Attiecīga persona ir tiesīga saņemt pabalstus, kas minēti 2. ailē,  
vai

ģimenes loceklis, kas minēts 3. ailē,

nav dzīvojis mūsu  jūsu  valstī kopš ..... (datums)

miris(-usi) ..... (datums)

4.5  Ģimenes loceklis, kas minēts 3. ailē, neatbilst dzīvesvietas valsts tiesību aktu prasībām kopš .....

4.6  (e) .....

5.  Kompetentā institūcija

Institūcija personas dzīvesvietā

5.1 Nosaukums: .....

5.2 Institūcijas identifikācijas numurs: .....

5.3 Adrese: .....

5.4 Zīmoga vieta

5.5 Datums: .....

5.6 Paraksts: .....

## B. Paziņojums par saņemšanu

6. Mēs esam saņēmuši iepriekš (A daļā) minēto paziņojumu ..... (datums)

7.  Personas, kas norādīta A daļā, reģistrācija ir beigusies ..... (datums)

Mēs apliecinām, ka 4. sadaļā paziņotās tiesības saņemt pabalstus ir apturētas vai pārtrauktas, un paziņojums stājas spēkā .....

8.  Kompetentā institūcija

Institūcija personas dzīvesvietā

8.1 Nosaukums: .....

8.2 Institūcijas identifikācijas numurs: .....

8.3 Adrese: .....

8.4 Zīmoga vieta

8.5 Datums: .....

8.6 Paraksts: .....

## PIEZĪMES

- (<sup>1</sup>) Tās valsts apzīmējums, kuras iestāde aizpilda veidlapu: BE = Beļģija, CZ = Čehija, 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>2</sup>) Norādīt pilnu(-us) uzvārdu(-us) civilstāvokļa secībā.
- (<sup>3</sup>) Norādīt pilnu vārdu(-us) civilstāvokļa secībā.
- (<sup>4</sup>) Ja kompetentā institūcija ir Itālijas institūcija, tad tās vajadzībām norādīt tās "fiskālo kodu".  
Ja kompetentā institūcija ir Maltas institūcija, tad tās vajadzībām norādīt personas apliecības numuru, ja attiecīgā persona ir Maltas pilsonis, vai Maltas sociālā nodrošinājuma numuru, ja attiecīgajai personai nav Maltas pilsonības.  
Ja kompetentā institūcija ir Slovākijas institūcija, tad norādīt dzimšanas numuru, kas piešķirts personai, kura dzimusi Slovākijā.  
Ja kompetentā institūcija ir Spānijas institūcija, tad norādīt *DNI* numuru, ja attiecīgā persona ir Spānijas pilsonis, [vai] *NIE* numuru, ja attiecīgajai personai nav Spānijas pilsonības. Ja *DNI* vai *NIE* termiņš ir beidzies, norādīt "nav".
- (<sup>5</sup>) Aizpildīt, ja ģimenes locekļiem vairs nav tiesību saņemt pabalstus.
- (<sup>6</sup>) Tiesību pārtraukšanas vai atsaukšanas iemesls jānorāda, izmantojot turpmāk minētos apakšpunktus:  
a) persona, kurai ir tiesības saņemt pensiju, ir atsākusi strādāt dzīvesvietas valstī,  
b) ģimenes loceklis ir atsācis strādāt dzīvesvietas valstī,  
c) iemaksu nemaksāšana,  
d) cits.



APLIECĪBA APDROŠINĀTĀS PERSONAS ĢIMENES LOCEKĻU REĢISTRĒŠANAI UN UZSKAITĪJUMU ATJAUNINĀŠANAI

Regulas (EEK) Nr. 1408/71: 19. panta 2. punkts  
Regulas (EEK) Nr. 574/72: 17. panta 1., 2., 3. un 4. punkts 94. panta 4. punkts

Kompetentā iestāde aizpilda veidlapas A daļa un jāizsūta divi eksemplāri apdrošinātajai personai vai attiecīgā gadījumā divi eksemplāri ar sadarbības iestādes starpniecību jānosūta attiecīgajai institūcijai personas dzīvesvietā, ja veidlapa sagatavota pēc minētās institūcijas pieprasījuma. Ja apdrošinātās personas ģimenes locekļi dzīvo Apvienotajā Karalistē, kompetentajai institūcijai jānosūta divi eksemplāri Starptautiskā pensiju centra Pensiju dienesta Darba un pensiju departamentam, Tyneview Park, Newcastle-upon-Tyne. Saņemot abus eksemplārus, dzīvesvietas institūcijai jāaizpilda B daļa un viens eksemplārs jānosūta atpakaļ kompetentajai institūcijai. Ja ģimenes locekļi dzīvo dažādās valstīs, jāsaņem atsevišķa apliecība katrai no šīm valstīm.

Lūdzu, aizpildīt šo veidlapu drukātiem burtiem, rakstot tikai uz punktētajām līnijām. Tā sastāv no 4 lapām, no kurām nevienu nedrīkst izlaist.

A. Paziņojums par tiesībām

1.	Institūcija dzīvesvietā <sup>(2)</sup>
1.1	Iestādes nosaukums: .....
1.2	Iestādes identifikācijas numurs: .....
1.3	Adrese: .....
1.4	Atsauce: jūsu veidlapa E 107, kas datēta .....

2.	Apdrošinātā persona
2.1	Uzvārds(-i) <sup>(3)</sup> : .....
2.2	Vārds(-i) <sup>(4)</sup> : ..... Dzimšanas datums: .....
2.3	Iepriekšējais(-ie) vārds(-i), uzvārds(-i): .....
2.4	Adrese: .....
2.5	Personas identifikācijas numurs: .....
2.6	Apdrošinātā persona <input type="checkbox"/> ir pašnodarbināta persona

3.	Ģimenes locekļi
3.1	Uzvārds(-i) <sup>(3)</sup> : .....
3.2	Vārds(-i) <sup>(4)</sup> : ..... Dzimšanas datums: .....
3.3	Iepriekšējais(-ie) vārds(-i), uzvārds(-i): .....
3.4	Adrese: .....
3.5	Personas identifikācijas numurs: .....

4. Iepriekš minētās apdrošinātās personas ģimenes locekļiem ir tiesības saņemt slimības un maternitātes apdrošināšanas pabalstus pakalpojumu veidā, ja vien
- šīm personām jau nav piešķirtas tiesības saņemt šādus pabalstus saskaņā ar tās valsts tiesību aktiem, kurā šīs personas dzīvo<sup>(5)</sup>
- šīs personas neveic profesionālu darbību vai nestrādā sava arodā<sup>(5)</sup>
5. Šīs tiesības sākas (datums) .....

6. un ir spēkā

6.1  līdz šo apliecību anulē

6.2  vienu gadu no dienas, kas norādīta 5. punktā<sup>(6)</sup>

6.3  līdz dienai, kurā beidzas sezonas darbs, t.i.,

6.4  līdz<sup>(7)</sup> ..... ieskaitot.

7. Lūdzu atgrieziet atpakaļ 3. punktā minētā ģimenes locekļa Eiropas veselības apdrošināšanas karti Nr. .... ar derīguma termiņu līdz .....

8. Kompetentā institūcija

8.1 Nosaukums: .....

8.2 Institūcijas identifikācijas numurs: .....

8.3 Adrese: .....

8.4 Zīmoga vieta

8.5 Datums: .....

8.6 Paraksts: .....

**B. Paziņojums par reģistrāciju<sup>(8)</sup>**

9.  <sup>(9)</sup>

Šādi ģimenes locekļi nav reģistrēti:

	Uzvārds(-i) <sup>(3)</sup>	Vārds(-i) <sup>(4)</sup>	Dzimšanas datums	Personas identifikācijas numurs,
9.1	.....	.....	.....	.....
9.2	.....	.....	.....	.....
9.3	.....	.....	.....	.....
9.4	.....	.....	.....	.....
9.5	.....	.....	.....	.....
9.6	.....	.....	.....	.....
9.7	.....	.....	.....	.....
9.8	.....	.....	.....	.....
9.9	.....	.....	.....	.....
9.10	.....	.....	.....	.....

lemesls

Šīm personām nav tiesību saņemt pabalstus

Šīm personām jau ir tiesības saņemt pabalstus pakalpojumu veidā

Cits iemesls

10.  <sup>(9)</sup>

Šādi 2. ailē minētās apdrošinātās personas ģimenes locekļi ir reģistrēti:

	Uzvārds(-i) <sup>(3)</sup>	Vārds(-i) <sup>(4)</sup>	Dzimšanas datums	Personas identifikācijas numurs:
10.1	.....	.....	.....	.....
10.2	.....	.....	.....	.....
10.3	.....	.....	.....	.....
10.4	.....	.....	.....	.....
10.5	.....	.....	.....	.....
10.6	.....	.....	.....	.....
10.7	.....	.....	.....	.....
10.8	.....	.....	.....	.....
10.9	.....	.....	.....	.....
10.10	Šo pabalstu izmaksas jāsedz jums. Diena, sākot no kuras jāaprēķina Regulas (EEK) Nr. 574/72 94. pantā minētā summa, ir .....			

11	Eiropas veselības apdrošināšanas karte
11.1	Pielikumā Eiropas veselības apdrošināšanas karte Nr ..... saskaņā ar 7. punktā minēto.
11.2	Lūdzu norādiet, kādas darbības jāveic saistībā ar Eiropas veselības apdrošināšanas karti Nr ..... ar derīguma termiņu līdz ....., kas izdota 3. punktā minētajam ģimenes loceklim.

12	Institūcija dzīvesvietā		
12.1	Nosaukums: .....		
12.2	Institūcijas identifikācijas numurs:		
12.3	Adrese: .....		
12.4	Zīmoga vieta	12.5	Datums: .....
		12.6	Paraksts: .....

### Norādes apdrošinātajai personai

- a) Šī veidlapa dod jūsu ģimenes locekļiem iespēju saņemt pabalstus pakalpojumu veidā slimības vai maternitātes gadījumā tajā valstī, kurā viņi dzīvo, un saskaņā ar minētās valsts tiesību aktiem, ja vien viņiem jau nav tiesību uz šādiem pabalstiem saskaņā ar minētās valsts likumdošanu.
- b) Tiklīdz jūs esat saņēmis/-usi abus veidlapas eksemplārus, jums tie jānosūta saviem ģimenes locekļiem, kuriem šīs veidlapas nekavējoties jāiesniedz slimības un maternitātes apdrošināšanas institūcijai šo personu dzīvesvietā, t.i.,

**Beļģijā** – *mutualité* (vietējam veselības apdrošināšanas fondam) pēc jūsu izvēles,

**Čehijas Republikā** – *Zdravotní pojišťovna* (veselības apdrošināšanas fondam) jūsu dzīvesvietā,

**Dānijā** – pašvaldības iestādei personas dzīvesvietā,

**Vācijā** – *Krankenkasse* (slimokasei) pēc jūsu izvēles,

**Igaunijā** – *Eesti Haigekassa* (Igaunijas slimokasei),

**Griekijā** – parasti sociālās apdrošināšanas pārvaldes (*IKA*) reģionālajai vai vietējai filiālei, kas attiecīgajai personai izdos „veselības grāmatiņu”, bez kuras nav iespējams saņemt pabalstus pakalpojumu veidā,

**Spānijā** – *Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social* (Valsts sociālā nodrošinājuma pārvaldes provinces direktorātam),

**Francijā** – *Caisse primaire d'assurance-maladie* (vietējai slimokasei),

**Irijā** – Medicīniskās palīdzības dienesta vietējai medicīnas iestādei,

**Itālijā** – *Unità sanitaria locale (USL)*, vietējai veselības pārvaldes nodaļai, kuras pārziņā ir attiecīgais apgabals,

**Kiprā** – *Υπουργείο Υγείας* (Veselības ministrijai, 1448 *Lefkosia*), slimības un maternitātes apdrošināšanas institūcijām, iesniedzot pieteikumu, attiecīgajai personai izsniegs Kipras medicīnisko karti, bez kuras valsts medicīnas institūcijās nevar saņemt pabalstus natūrā,

**Latvijā** – Veselības obligātās apdrošināšanas valsts aģentūrai,

**Lietuvā** – Teritoriālā Slimokase, slimības un maternitātes (apdrošināšanas) institūcijas,

**Luksemburgā** – *Caisse de maladie des ouvriers* (Strādnieku slimokasei),

**Ungārijā** – kompetentajai *Megyei Egészségbiztosítási Pénztár* (reģionālajai slimokasei),

**Maltā** – Veselības ministrijas Tiesību nodaļai, 23 *John Street, Valletta*,

**Nīderlandē** – jebkurai slimokasei, kuras pārziņā ir personas dzīvesvieta,

**Austrijā** – *Gebietskrankenkasse* (reģionālajai slimokasei), kuras pārziņā ir personas dzīvesvieta,

**Polijā** – *Narodowy Fundusz Zdrowia* (Valsts veselības fonda) reģionālajai nodaļai, kuras pārziņā ir personas dzīvesvieta,

**Portugālē** – **Portugāles pamatteritorijā** – *Centro Distrital de Solidariedade e Segurança Social* (Solidaritātes un sociālā nodrošinājuma reģionālajam centram) personas dzīvesvietā; **Madeirā** – *Centro de Segurança Social de Madeira* (Madeiras Reģionālajam sociālā nodrošinājuma centram) Funhalā; Azoru salās - *Centro de Prestações Pecuniárias* (Naudas pabalstu centram) personas dzīvesvietā,

**Slovēnijā** – *Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS)* (Slovēnijas Veselības apdrošināšanas pārvaldei), kuras pārziņā ir personas dzīvesvieta,

**Slovākijā** – *zdravotná poisťovňa* (veselības apdrošināšanas sabiedrībai) pēc apdrošinātās personas izvēles,

**Somijā** – *Kansaneläkelaitos* (Sociālās apdrošināšanas institūcijas) vietējam birojam,

**Zviedrijā** – *Försäkringskassan* (vietējam sociālās apdrošināšanas birojam) personas dzīvesvietā,

**Apvienotajā Karalistē** – *Department for Work and Pensions, Pension Service, International Pension Centre, Tyneview Park, Newcastle upon Tyne* (Starptautiskā pensiju centra Pensiju dienesta Darba un pensiju departamentam) vai Ziemeļīrijā – *Department for Social Development, Overseas Benefits Branch, Block 2, Castle Buildings, Belfast* (Ziemeļīrijas Sociālās attīstības aģentūras Aizjūras nodaļai),

**Islandē** – *Tryggingastofnun riskins* (Valsts sociālā nodrošinājuma Pārvaldei) Reikjavīkā,

**Lihtenšteinā** – *Amt für Volkswirtschaft* (Valsts ekonomikas birojam) Vaducā,

**Norvēģijā** – *lokale Trygdekontor* (vietējam apdrošināšanas birojam) personas dzīvesvietā,

**Šveicē** – *Institution commune LAMal- Institutione commune LAMal – Gemeinsame Einrichtung KVG* (Kopīgajai iestādei saskaņā ar federālo veselības apdrošināšanas aktu) Soloturnā.

- c) Šī veidlapa ir derīga no 5. punktā norādītās dienas un līdz termiņam, kas norādīts 6. ailes attiecīgajā rūtiņā, kas atzīmēta ar krustiņu.
- d) Gan jums, gan jūsu ģimenes locekļiem jāinformē apdrošināšanas institūcija par jebkuru apstākļu maiņu, kas varētu ietekmēt tiesības saņemt pabalstus pakalpojumu veidā, piemēram, par darba līguma izbeigšanu vai grozīšanu, jūsu vai ģimenes locekļa dzīvesvietas vai uzturēšanās vietas maiņu.



## PIEZĪMES

- (<sup>1</sup>) Tās valsts apzīmējums, kuras iestāde veidlapu aizpilda: BE = Beļģija, CZ = Čehija, 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>2</sup>) Aizpildīt tikai tad, ja veidlapu izdod pēc dzīvesvietas iestādes pieprasījuma.
- (<sup>3</sup>) Norādīt pilnu(-s) uzvārdu(-s) civilstāvokļa secībā.
- (<sup>4</sup>) Norādīt pilnu(-s) vārdu(-s) civilstāvokļa secībā.
- (<sup>5</sup>) Atzīmēt ar krustiņu, ja veidlapa adresēta Īrijas vai Apvienotās Karalistes institūcijai.
- (<sup>6</sup>) Ja veidlapu sagatavo Vācijas, Francijas, Itālijas vai Portugāles institūcija.
- (<sup>7</sup>) Ja veidlapu sagatavo Grieķijas, Ungārijas vai Apvienotās Karalistes institūcija nodarbinātām vai pašnodarbinātām personām.
- (<sup>8</sup>) Ja šo apliecību sagatavo, atjaunojot iepriekš izsniegtu apliecību, kuras derīguma termiņš ir beidzies, personas dzīvesvietas institūcijai nav jāizpilda B daļa.
- (<sup>9</sup>) Aizpildīt 9. vai 10. sadaļu, ja vajadzīgs, un attiecīgo aili atzīmēt ar krustiņu.
-

APLIECĪBA PAR TIESĪBU SAGLABĀŠANU ATTIECĪBĀ UZ SLIMĪBAS UN MATERNITĀTES PABALSTIEM,  
KURUS PATLABAN PIEŠĶIR

Regulas (EEK) Nr. 1408/71: 22. panta 1. punkta b) apakšpunkta i) daļa; 22. panta 1. punkta c) apakšpunkta i) daļa; 22. panta 3. punkts;  
22. panta a) apakšpunkts; 31. pants

Regulas (EEK) Nr. 574/72: 22. panta 1. un 3. punkts; 23. pants; 31. panta 1. un 3. punkts

Kompetentā institūcija vai apdrošinātās personas, pensijas saņēmēja vai ģimenes locekļa dzīvesvietas institūcija sagatavo veidlapu izsniegšanai apdrošinātajai personai, pensijas saņēmējam vai ģimenes loceklim. Ja apdrošinātā persona vai pensijas saņēmējs dodas uz Apvienoto Karalisti, vienu veidlapas eksemplāru nosūta arī Starptautiskā pensiju centra Pensiju dienesta Darba un pensiju departamentam, Tyneview Park, Newcastle upon Tyne.

Lūdzu aizpildīt šo veidlapu drukātiem burtiem, rakstot tikai uz punktētajām līnijām. Tā sastāv no divām lapām, no kurām nevienu nedrīkst izlaist.

1.	<input type="checkbox"/> Apdrošinātā persona	<input type="checkbox"/> Apdrošinātas personas ģimenes loceklis
	<input type="checkbox"/> Pašnodarbināta persona	<input type="checkbox"/> Pašnodarbinātas personas ģimenes loceklis
	<input type="checkbox"/> Pensijas saņēmējs (nodarbināta persona)	<input type="checkbox"/> Pensijas saņēmēja ģimenes loceklis (nodarbināta persona)
	<input type="checkbox"/> Pensijas saņēmējs (pašnodarbināta persona)	<input type="checkbox"/> Pensijas saņēmēja ģimenes loceklis (pašnodarbināta persona)

1.1 Uzvārds(-i)<sup>(2)</sup>:  
.....

1.2 Vārds(-i)<sup>(3)</sup>:  
..... Dzimšanas datums:  
.....

1.3 Iepriekšējais(-ie) vārds(-i), uzvārds(-i):  
.....

1.4 Adrese kompetentajā valstī:  
.....

1.5 Adrese tajā valstī, uz kuru attiecīgā persona dodas:  
.....

1.6 Personas identifikācijas numurs<sup>(4)</sup>:  
.....

2. Iepriekš minētajai personai ir pilnvarojums paturēt tiesības uz pabalstiem natūrā  
 no slimības un maternitātes apdrošināšanas  no apdrošināšanas, kas nav saistīta ar nelaiemes gadījumu darbā<sup>(5)</sup>  
..... (valsts), kurā attiecīgā persona

2.1  apmetīsies uz dzīvi

2.2  saņems ārstēšanu no<sup>(6)</sup>  
.....  
.....

vai no jebkuras citas līdzīga veida iestādes, ja veic personas pārvietošanu, kas medicīniski ir vajadzīga attiecībā uz šo ārstēšanu.

2.3  sūtīs bioloģiskos paraugus analīzēm, kurās nav vajadzīga attiecīgās personas klātbūtne

3. Uzrādot šo apliecību, šos pabalstus piešķir

no: ..... līdz: ..... ieskaitot.

4. Mūsu ārsta, kas veica izmeklēšanu, slēdziens

4.1  ir šīs veidlapas pielikumā aizzīmogotā aploksnē

4.2  tika nosūtīts (datums) ..... (adresāts)<sup>(7)</sup> .....

4.3  tiks nosūtīts pēc pieprasījuma

4.4  nav sagatavots

5. Kompetentā institūcija

5.1 Vārds, uzvārds: .....

5.2 Institūcijas identifikācijas numurs: .....

5.3 Adrese: .....

5.4 Zīmoga vieta

5.5 Datums: .....

5.6 Paraksts: .....

### Norādes attiecīgajai personai

Jums šī veidlapa iespējami drīz jāiesniedz tās valsts slimības un maternitātes apdrošināšanas institūcijai, uz kuru jūs dodaties, t.i.,

**Beļģijā** – mutualité (vietējai slimokasei) pēc personas izvēles,  
**Čehijā** – Zdravotní pojišťovna (veselības apdrošināšanas fondam) pēc personas izvēles,  
**Dānijā** – ārstēšanas [pakalpojuma] sniedzējam, parasti ģimenes ārstam, kurš jūs norīkos pie ārsta – speciālista,  
**Vācijā** – Krankenkasse (slimokasei) pēc personas izvēles,  
**Igaunijā** – Eesti Haigekassa (Igaunijas slimokasei),  
**Griekijā** – parasti sociālās apdrošināšanas iestādes (IKA) reģionālajai vai vietējai nodaļai, kas attiecīgajai personai izdod “veselības grāmatīgu”, bez kuras nav iespējams saņemt pabalstus natūrā,  
**Spānijā** – veselības sistēmas medicīnisko/slimnīcas pakalpojumu sniedzējam, uz kuru attiecināma Spānijas sociālā apdrošināšana; Personai jāiesniedz veidlapa un tās fotokopija,  
**Francijā** – Caisse primaire d'assurance-maladie (vietējai slimokasei),  
**Īrijā** – Medicīniskās palīdzības dienesta vietējai medicīnas iestādei,  
**Itālijā** – parasti Unitą sanitaria locale (vietējai veselības pārvaldes nodaļai), kuras pārziņā ir attiecīgais apgabals,  
**Kiprā** – Υπουργείο Υγείας (Veselības ministrijai, 1448 Lefkosia),  
**Latvijā** – Veselības obligātās apdrošināšanas valsts aģentūrai,  
**Lietuvā** – teritoriālajai slimokasei, slimības un maternitātes apdrošināšanas institūcijām,  
**Luksemburgā** – Caisse de maladie des ouvriers (Strādnieku slimokasei),  
**Ungārijā** – ārstēšanas pakalpojumu sniedzējam,  
**Maltā** – Valsts veselības dienesta iestādei (ģimenes) ārstam, zobārstam, slimnīcai, veselības centram), kas sniedz ārstēšanas pakalpojumus,  
**Nīderlandē** – jebkurai slimokasei, kuras pārziņā ir personas dzīvesvieta vai termiņuzturēšanās gadījumā – Agis zorgverzekeringen Utrechtā,  
**Austrijā** – Gebietskrankenkasse (reģionālajai slimokasei), kura pārziņā ir personas dzīvesvieta vai uzturēšanās vieta,  
**Portugālē, Portugāles pamateritorijā** – Administração Regional de Saúde (reģionālajai veselības pārvaldei) personas dzīvesvietā vai uzturēšanās vietā, **Madeirā** – Centro de Saúde (Veselības centram) uzturēšanās vietā, **Azoru salās** – Centro de Saúde (Veselības centram) uzturēšanās vietā,  
**Slovēnijā** – Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZS) (Slovēnijas Veselības apdrošināšanas pārvaldes) reģionālajai nodaļai personas dzīvesvietā vai uzturēšanās vietā,  
**Slovākijā** – zdravotná poisťovňa (veselības apdrošināšanas sabiedrībai) pēc apdrošinātās personas izvēles; lai saņemtu naudas pabalstus,  
**Somijā** – Kansaneläkelaitos (Sociālās apdrošināšanas institūcijas) vietējai filiālei; veidlapa jāiesniedz pašvaldības veselības centram vai valsts slimnīcai, kura sniedz ārstēšanas pakalpojumus,  
**Zviedrijā** – Försäkringskassan (Sociālās apdrošināšanas institūcijas) vietējai filiālei; veidlapa jāiesniedz iestādei, kas sniedz ārstēšanas pakalpojumus,  
**Apvienotajā Karalistē** – medicīnisko pakalpojumu sniedzējam (ģimenes) ārstam, zobārstam, slimnīcai, veselības centram), kas nodrošina ārstēšanu,  
**Islandē** – Tryggingastofrun riskins (Valsts sociālā nodrošinājuma pārvaldei) Reikjavīkā,  
**Lihtenšteinā** – Amt für Volkswirtschaft (Tautsaimniecības birojam) Vaducā,  
**Norvēģijā** – lokale Trygdekontor (vietējam apdrošināšanas birojam),  
**Šveicē** – Institution commune LAMal- Istitutozione commune LAMal – Gemeinsame Einrichtung KVG (Kopīgajai iestādei saskaņā ar federālo veselības apdrošināšanas aktu) Soloturnā; veidlapa jāiesniedz ārstam vai slimnīcai, kas sniedz ārstēšanas pakalpojumus.

### PIEZĪMES

- (1) Tās valsts apzīmējums, kuras iestāde veidlapu aizpilda: BE = Beļģija, CZ = Čehija, DK = Dānija, DE = Vācija, EE = Igaunija, GR = Griekija, 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.
- (2) Norādīt pilnu uzvārdu(-us) civilstāvokļa secībā.
- (3) Norādīt pilnu vārdu(-us) civilstāvokļa secībā.
- (4) Lūdzu norādīt apdrošinātās personas numuru, ja šim ģimenes loceklim nav personas identifikācijas numura.
- (5) Aizpilda Francijas institūcijas lauksaimniecībā strādājošām pašnodarbinātām personām.
- (6) Aizpildīt, ja ir iespējams.
- (7) Institūcijas, kurai nosūtīts medicīniskais slēdziens, nosaukums un adrese.

NAUDAS PABALSTU PIEPRASĪJUMS SAKARĀ AR DARBNESPĒJU

Regulas (EEK) Nr. 1408/71: 19. panta 1. punkta b) apakšpunkts; 22. panta 1. punkta a) apakšpunkta ii) daļa; 25. panta 1. punkta b) apakšpunkts; 52. panta b) apakšpunkts; 55. panta 1. punkta a) apakšpunkta ii) daļa  
Regulas (EEK) Nr. 574/72: 18. panta 2. un 3. punkts; 24. pants; 26. panta 5. un 7. punkts; 61. panta 2. un 3. punkts; 64. punkts

Ja veidlapu jā sagatavo apdrošinātajai personai, kura ir aktīvi nodarbināta, viens eksemplārs jā aizpilda un jā nosūta institūcijai, kas atbild par apdrošināšanu slimības un maternitātes gadījumā vai par apdrošināšanu pret nelaimes gadījumiem darbā un arodslimībām. Tomēr, ja tā attiecas uz bezdarbnieku, jā sagatavo divi papildu eksemplāri, no kuriem viens jā nosūta institūcijai, kas atbild par apdrošināšanu pret bezdarbu, bet otrs eksemplārs – attiecīgajai institūcijai tajā valstī, uz kuru bezdarbnieks ir devies meklēt darbu.

Lūdzu aizpildīt šo veidlapu drukātiem burtiem, rakstot tikai uz punktētajām līnijām. Veidlapa sastāv no trim lapām.

1.	Kompetentā institūcija
1.1	Nosaukums: .....
1.2	Adrese: .....
1.3	Institūcijas identifikācijas numurs: .....

2.	<input type="checkbox"/> Nodarbināta persona	<input type="checkbox"/> Pašnodarbināta persona	<input type="checkbox"/> Bezdarbnieks
2.1	Uzvārds(-i) (²): .....	Dzimtais uzvārds(-i) (ja atšķirīgs): .....	
2.2	Vārds(-i): .....	Dzimšanas datums: .....	
2.3	Personas identifikācijas numurs: .....		
2.4	ir saņēmis(-usi) veidlapu E 119, kas izsniegta .....	(datums) (³)	
	un veidlapu E 303, kas izsniegta .....	(datums) (³)	

3.	Darba devējs (⁴)
3.1	Darba devēja vai uzņēmuma nosaukums: .....
3.2	Adrese : .....

A.  (⁵) Naudas pabalstu pieprasījums

4.	Persona, kas minēta 2. ailē, .....	(datums)
	pieprasīja naudas pabalstu sakarā ar	
	<input type="checkbox"/> stacionāru ārstēšanu no .....	līdz ..... (datumi) slimnīcā vai dispanserā, vai rehabilitācijas centrā (⁶)
	<input type="checkbox"/> darbnespēju	
	kas iestājusies šāda iemesla dēļ:	
4.1	<input type="checkbox"/> slimība	<input type="checkbox"/> maternitāte (paredzamais dzemdību datums: .....
	<input type="checkbox"/> nelaimes gadījums darbā	<input type="checkbox"/> nelaimes gadījums, kas noticis .....
	<input type="checkbox"/> arodslimība	<input type="checkbox"/> adopcija
		<input type="checkbox"/> nepilna atlīdzība maternitātes un adopcijas gadījumā

5. Apliecība, ko izsniedz attiecīgo personu ārstējošais ārsts  
 ir pielikumā  attiecīgā persona nevar iesniegt

6. Ārsts, kas veica izmeklēšanu, atzīst, ka  ārsta slēdziens ir pielikumā  
 ārsta slēdziens tiks jums nosūtīts iespējami drīz
- 6.1  darbnespēja iestājās ..... (datums)  
 un, iespējams, turpināsies līdz ..... (datums)
- 6.2  darbnespējas nav<sup>(7)</sup>

7.  Attiecīgā persona jāuzskata par mūsu valsts tiesību aktu prasībām neatbilstīgu šādu iemeslu dēļ :
- .....
- .....

8.  Darbnespēja, iespējams, ir radusies tādā nelaimes gadījumā, par ko ir atbildīga trešā puse.

- 8.1  Darbnespēja ir iestājusies citu tādu īpašu apstākļu dēļ, kas ir izklāstīti pielikuma pievienotos dokumentos.

- 8.2  Slēdziens par šo nelaimes gadījumu ar iesaistītās trešās personas adresi ir šīs veidlapas pielikumā.

- 8.3  Citi dokumenti par iemesliem, kuru dēļ iestājusies darbnespēja, ir šīs veidlapas pielikumā.

9.  Mēs vēlamies attiecīgajai personai jūsu vārdā piešķirt naudas pabalstus. Lūdzam paziņot, vi jūs piekrītat šai procedūrai, un, ja piekrītat, lūdzam sniegt visu informāciju, kas vajadzīga naudas pabalstu izmaksai.<sup>(8)</sup>

10.  Mēs nevēlamies attiecīgajai personai jūsu vārdā piešķirt naudas pabalstus.

**B.  <sup>(5)</sup> Darbnespējas perioda pagarinājums**

11. Atsaucoties uz
- 11.1  jūsu veidlapu E 115, kas datēta ....., (datums)
- 11.2  jūsu veidlapu E 117, kas datēta .....,
- 11.3 mēs vēlamies jūs informēt par to, ka mūsu ārsts, kurš veic izmeklēšanu un kura izdarītais
- slēdziens ir pielikumā
- slēdziens tiks jums nosūtīts iespējami drīz
- atzīst, ka personai, kas minēta 2. ailē, iespējams, būs darbnespēja līdz ..... (datums) ieskaitot.

**12. Personas dzīvesvietas vai uzturēšanās vietas institūcija**

- 12.1 Nosaukums: .....
- 12.2 Institūcijas identifikācijas numurs: .....
- 12.3 Adrese: .....
- .....
- 12.4 Zīmoga vieta 12.5 Datums: .....
- 12.6 Paraksts: .....
- .....

## Informācija attiecīgajām personām

Itālijā – slimības un maternitātes gadījumā jums šī veidlapa jāiesniedz vietējam birojam *Istituto nazionale della previdenza sociale (INPS)*, Valsts sociālās labklājības pārvaldei), bet, ja noticis nelaimes gadījums darba vai arodslimības gadījumā - *Istituto nazionale assicurazione contro gli infortuni sul lavoro (INAIL)*.

Nīderlandē – šo veidlapu jāšūta UWW, *Postbus 57002, 1040 CC Amsterdam*, ja kompetentā veselības apdrošināšanas institūcija jums nav zināma.

Slovēnijā – jums šī veidlapa jāiesniedz kompetentajam *Center za socialno delo Ljubljana Bežigrad, Centralna enota za starševsko varstvo in družinske prejemke* (Ljubļanas Bežigradas Sociālajā darba centra Vecāku aizsardzības un ģimenes pabalstu galvenajai nodaļai), ja pieprasāt naudas pabalstus sakarā ar maternitātes gadījumu, un darbnespējas gadījumā – kompetentajai *Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS)* (Slovēnijas Veselības apdrošināšanas pārvaldei).

## PIEZĪMES

- (<sup>1</sup>) Tās valsts apzīmējums, kuras iestāde aizpilda veidlapu: BE = Beļģija, CZ = Čehija, 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>2</sup>) Norādīt pilnu(-s) uzvārdu(-us) civilstāvokļa secībā.
- (<sup>3</sup>) Aizpildīt tikai tad, ja veidlapa attiecas uz bezdarbnieku.
- (<sup>4</sup>) Bezdarbniekiem norādīt pēdējo darba devēju.
- (<sup>5</sup>) Aizpildīt A daļu vai B daļu un atzīmēt ar krustiņu to aili, kura atbilst aizpildītajai veidlapas daļai.
- (<sup>6</sup>) Attiecīgajām personām, kas ir apdrošinātas Vācijas slimokasē vai kādā Austrijas vai Beļģijas apdrošināšanas institūcijā: ja personas dzīvesvietas sociālās apdrošināšanas institūcija, sagatavojot šo veidlapu, nezina precīzu dienu, kad attiecīgā persona tika izrakstīta no slimnīcas, šī informācija jāiesniedz iespējami drīz.
- (<sup>7</sup>) Lūdzu pievienot attiecīgajai personai nosūtītās E 118 veidlapas kopiju.
- (<sup>8</sup>) Ja veidlapu šūta Vācijas, Itālijas, Ungārijas vai Polijas institūcijai, šo aili atzīmēt ar krustiņu.



**ĀRSTA ZIŅOJUMS PAR DARBA NESPĒJU  
(SLIMĪBA, MATERNITĀTE, NELAIMES GADĪJUMS DARBĀ, ARODSLIMĪBA)**

*Regulas (EEK) Nr. 1408/71: 19. panta 1. punkta b) apakšpunkts; 22. panta 1. punkta a) apakšpunkta ii) daļa; 1. punkta b) apakšpunkta ii) daļa;  
1. punkta c) apakšpunkta ii) daļa.;  
25. panta 1. punkta b) apakšpunkts; 52. panta b) apakšpunkts; 55. panta 1. punkta a) apakšpunkta ii) daļa; 1. punkta b) apakšpunkta ii) daļa un  
1. punkta c) apakšpunkta ii) daļa  
Regulas (EEK) Nr. 574/72: 18. panta 2. un 3. punkts; 24. pants; 26. panta 5. un 7. punkts; 61. panta 2. un 3. punkts; 64. pants; 65. panta 2. un  
4. punkts*

*Aizpilda tās institūcijas ārsts, kura noformē E 115 veidlapu, ko pievieno šai veidlapai un nosūta aizlīmētos vākos slimības vai maternitātes  
gadījumā (?).*

**Lūdzu, aizpildīt šo veidlapu drukātiem burtiem, rakstot tikai uz punktētajām līnijām. Veidlapa sastāv no trim lapām.**

1.	Kompetentā institūcija, kurai adresēta veidlapa
1.1	Nosaukums: .....
1.2	Institūcijas identifikācijas numurs: .....
1.3	Adrese: .....
1.4	Atsauce: mūsu E 116 veidlapa, kas datēta ..... (datums)

2. Pievienota E 115 veidlapai, kas datēta .....(datums)

3.	Attiecīgā persona
3.1	Uzvārds(-i) (³): .....
3.2	Dzimtais(-ie) uzvārds(-i) (ja atšķirīgs(-i)): .....
3.3	Vārds: ..... Dzimšanas datums: .....
3.4	Adrese dzīvesvietas vai uzturēšanās valstī: .....
3.5	Personas identifikācijas numurs: .....

4. Es, apakšā parakstījies(-usies) ārsts .....  
izmeklēju iepriekš minēto personu  
saistībā ar .....

- 4.1 uzskatu, ka tas ir  
 slimības gadījums  maternitātes gadījums (paredzētais dzemdību datums) .....
- 4.2 ka tas iespējams ir  
 nelaimes gadījums darbā  arodslimība  nelaimes gadījums
- 4.3  slimības atkārtošanās vai progresēšana



## A. Vispārējs pārskats

5. Jāaizpilda visos gadījumos

5.1 Medicīnas vēsture un pašreizējie simptomi: .....

5.2 Klīniskā izmeklēšana: .....

5.3 Citi novērojumi: .....

5.4 Īpaša izmeklēšana<sup>(4)</sup>: .....

5.5 Diagnoze: .....

5.6 Secinājumi: .....

5.7  Netika atzīts, ka attiecīgajai personai ir darba nespēja

5.8  Tika atzīts, ka attiecīgajai personai ir darba nespēja  
no ..... līdz .....

5.9  Tika atzīts, ka attiecīgajai personai ir pārejoša darba nespēja  
mērā (..... %) no ..... līdz .....<sup>(5)</sup>

5.10  Attiecīgajai personai tiks veikta turpmāka medicīniska izmeklēšana (datums) .....

5.11  Attiecīgajai personai jāstājas darbā (datums) .....

## B. Ziņojumi par nelaimes gadījumu darbā

6. Pirmais medicīnas ziņojums

6.1 Šī nelaimes gadījuma dēļ radās šādas traumas<sup>(6)</sup>: .....

6.2 Šīm traumām  bija  būs šādas sekas<sup>(7)</sup>

6.3 Darba nespēja sākās (datums) .....

6.4 Cietusī persona tika ārstēta

mājās  ārsta kabinetā

slimnīcā  citur

Adrese<sup>(8)</sup>: .....

7.	Pēdējais medicīnas ziņojums
7.1	Ārstēšana pabeigta (datums): .....
7.2	Stāvoklis stabilizējies (datums): .....
7.3	<input type="checkbox"/> pilnībā atveseļojoties
7.4	<input type="checkbox"/> un iespējams tam būs šādas sekas: ..... ..... .....
7.5	DSīks cietušā stāvokļa apraksts pēc atveseļošanās vai ārstēšanas: ..... ..... ..... .....

8.	Institūcija dzīvesvietas vai uzturēšanās valstī:		
8.1	Nosaukums: .....		
8.2	Kompetentās institūcijas numurs: .....		
8.3	Adrese: .....		
8.4	Zīmoga vieta	8.5	Datums: .....
		8.6	Paraksts: .....

#### PIEZĪMES

- (1) Tās valsts apzīmējums, kuras institūcija aizpilda veidlapu: BE = Beļģija, CZ = Čehija, 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. Norādiet pārbaudes veidu un datumu.
- (2) Veidlapa E116 nav nepieciešama, pieprasot maternitātes pabalstus, ko maksā Beļģija. *Beļģijā šī veidlapa vienmēr jānosūta vispirms Beļģijas iestādei, kas atbild par veselības apdrošināšanu. Čehijā, Lihtenšteinā, Somijā, Norvēģijā un Zviedrijā šo veidlapu aizpilda ārsts, kuru attiecīgā persona apmeklē, un pārbauda apdrošināšanas iestāde.*
- (3) Norādīt pilnu uzvārdu civilstāvokļa secībā.
- (4) Norādīt pārbaudes veidu un datumu.
- (5) Norvēģijas iestādēm.
- (6) Norādīt traumu veidu un būtību un savainojuma vietu: rokas lūzums, sasitumi galvā, pirkstu savainojumi, iekšķīgi ievainojumi, asfiksija, u.c.
- (7) Norādīt dažas vai iespējamās konstatēto traumu sekas: nāve, pastāvīga vai pārejoša, vispārēja vai daļēja darba nespēja, pārejošas darba nespējas gadījumā norādīt iespējamo laikposmu.
- (8) Ja cietušais ārstējas slimnīcā, norādīt slimnīcas nosaukumu.



**NAUDAS PABALSTU PIEŠĶIRŠANA MATERNITĀTES UN DARBA NESPĒJAS GADĪJUMĀ**

Regula (EEK) Nr. 1408/71: 19. panta 1. punkta b) apakšpunkts; 22. panta 1. punkta a) apakšpunkta ii) daļa;

25. panta 1. punkta b) apakšpunkts; 52. panta b) apakšpunkts; 55. panta 1. punkta a) apakšpunkta ii) daļa;

Regula (EEK) Nr. 574/72: 18. panta 6. un 8. punkts; 24. pants; 26. panta 7. punkts; 61. panta 6. un 8. punkts; 64. pants.

Kompetentajai institūcijai jāaizpilda šī veidlapa un jānosūta tā dzīvesvietas vai uzturēšanās vietas institūcijai. Kompetentajai institūcijai arī jāinformē darba ņēmējs, ja naudas pabalstus izmaksā dzīvesvietas institūcija.

**Lūdzu, aizpildīt šo veidlapu drukātiem burtiem, rakstot tikai uz punktētajām līnijām. Veidlapa sastāv no divām lapām.**

1.	Dzīvesvietas vai uzturēšanās vietas institūcija:
1.1	Nosaukums: .....
1.2	Institūcijas identifikācijas numurs: .....
1.3	Adrese: .....
	.....

2. Atsauce: jūsu E 115 veidlapa, kas datēta ..... (datums)

3.	<input type="checkbox"/> Nodarbinātā persona	<input type="checkbox"/> Pašnodarbinātā persona	<input type="checkbox"/> Bezdarbnieks
3.1	Uzvārds(-i) <sup>(2)</sup> :	Dzimtais(-ie) uzvārds(-i) (ja atšķirīgs(-i)):	
	.....	.....	
3.2	Vārds(-i):	Dzimšanas datums:	
	.....	.....	
3.3	Adrese dzīvesvietas vai uzturēšanās valstī: .....		
	.....		
3.4	Personas identifikācijas numurs:		
	.....		

4. Veidlapas 3. punktā minētajai personai

4.1  ir tiesības uz laiku saņemt naudas pabalstus  
no ..... līdz ..... ; šo termiņu iespējams pagarināt

4.2  nav tiesību saņemt naudas pabalstus  
lemesls: skatīt pievienoto E 118 veidlapu.

4.3  vairs nav tiesību saņemt naudas pabalstus no ..... (datums)  
lemesls: skatīt pievienoto E 118 veidlapu.

5. Šos pabalstus maksās <sup>(3)</sup>

5.1  mūsu institūcija

5.2  jūsu institūcija mūsu institūcijas vārdā <sup>(4)</sup>

5.3  darba devējs <sup>(5)</sup>  
no ..... līdz ..... <sup>(6)</sup>

6.	<sup>(7)</sup> <sup>(8)</sup>
6.1	Pabalstu jāmaksā par katru nedēļas dienu, izņemot <input type="checkbox"/> pirmdienu <input type="checkbox"/> otrdienu <input type="checkbox"/> trešdienu <input type="checkbox"/> ceturtdienu <input type="checkbox"/> piektdienu <input type="checkbox"/> sestdienu <input type="checkbox"/> svētdienu
6.2	Šī pabalsta neto dienas summa ir ..... <sup>(9)</sup> , ja apdrošinātā persona neatrodas slimnīcā ..... <sup>(9)</sup> , ja apdrošinātā persona atrodas slimnīcā
6.3	<input type="checkbox"/> Ja pabalstu maksā katru mēnesi, paredzētā summa ir 30 dienām neatkarīgi no dienu skaita mēnesī

7. Lūdzu, informēt mūsu institūciju pēc iespējas ātrāk par rezultātiem, kas gūti
- 7.1  izmeklēšanā<sup>(10)</sup>: .....
- 7.2  administratīvajās pārbaudēs: .....
- 7.3  turpmākā medicīniskā izmeklēšanā, ko veiks apmēram ..... (datums)

8. Kompetentā institūcija

- 8.1 Nosaukums: .....
- 8.2 Institūcijas identifikācijas numurs: .....
- 8.3 Adrese: .....
- 8.4 Zīmoga vieta
- 8.5 Datums: .....
- 8.6 Paraksts: .....

### PIEZĪMES

- (<sup>1</sup>) Tās valsts apzīmējums, kuras institūcija aizpilda veidlapu: BE = Beļģija; CZ = Čehija, 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>2</sup>) Norādīt pilnu uzvārdu civilstāvokļa secībā.
- (<sup>3</sup>) Jāaizpilda par bezdarbniekiem, kuri izmantoja E 119 veidlapu.
- (<sup>4</sup>) Šeit kompetentā institūcija var norādīt maksājuma veidu.
- (<sup>5</sup>) Šī aile jāatzīmē, ja veidlapa adresēta Francijas, Polijas, Itālijas vai Ungārijas institūcijai.
- (<sup>6</sup>) Aizpilda Dānijas, Vācijas, Luksemburgas, Polijas, Ungārijas vai Slovākijas institūcijas.
- (<sup>7</sup>) Aizpilda Vācijas, Luksemburgas, Polijas, Slovākijas un Spānijas institūcijas.
- (<sup>8</sup>) Aizpildīt tikai 5.2. punktā norādītajā gadījumā.
- (<sup>9</sup>) Norādīt summu valsts valūtā.
- (<sup>10</sup>) Norādīt pieprasītās medicīniskās izmeklēšanas veidu (rentgenogramma, ... analīzes, u.c.).

PAZIŅOJUMS PAR DARBA NESPĒJAS NEATZĪŠANU VAI BEIGŠANOS

Regulas (EEK) Nr. 1408/71: 19. panta 1. punkta b) apakšpunkts; 22. panta 1. punkta a) apakšpunkta ii) daļa, b) apakšpunkta ii) daļa, c) apakšpunkta ii) daļa; 25. panta 1. punkta b) apakšpunkts; 52. panta 1. punkta b) apakšpunkts; 55. panta 1. punkta a) apakšpunkta ii) daļa, b) apakšpunkta ii) daļa un c) apakšpunkta ii) daļa;  
Regulas (EEK) Nr. 574/72: 18. panta 4. un 6. punkts; 24. pants; 26. panta 5. un 7. punkts; 61. panta 4. un 6. punkts; 64. pants.

Šī veidlapa ir paredzēta aktīvi nodarbinātai apdrošinātai personai. Dzīvesvietas vai uzturēšanās vietas institūcijai (vai kompetentai institūcijai) jā sagatavo veidlapa divos eksemplāros un viens no tiem jānosūta apdrošinātajai personai un otrs veselības un maternitātes apdrošināšanas institūcijai vai kompetentās valsts apdrošināšanas iestādei pret nelaimes gadījumiem darbā un arodslimībām (dzīvesvietā vai uzturēšanās vietā). Ja šī veidlapa paredzēta bezdarbniekam, papildus minētajiem eksemplāriem (vienu no tiem nosūta bezdarbniekam) jā sagatavo divi papildu eksemplāri, un vienu no tiem nosūta iestādei, kas atbild par apdrošināšanu pret bezdarbu, un otru tās valsts iestādei, kurā bezdarbnieks meklē darbu.

Lūdzu, aizpildīt šo veidlapu drukātiem burtiem, rakstot tikai uz punktētajām līnijām. To veido divas lapas un pielikums uz trim lapām.

1.	Saņēmējs	
1.1	Uzvārds(-i): .....	Dzimtais(-ie) uzvārds(-i) (ja atšķirīgs(-i)): .....
1.2	Vārds(-i): .....	Dzimšanas datums: .....
1.3	Adrese dzīvesvietas vai uzturēšanās valstī: .....	
1.4	Personas identifikācijas numurs: .....	

2.	<input type="checkbox"/> Kompetentā institūcija	<input type="checkbox"/> Dzīvesvietas vai uzturēšanās vietas institūcija
2.1	Nosaukums: .....	
2.2	Institūcijas identifikācijas numurs: .....	
2.3	Adrese: .....	

3.  Mūsu institūcijai paziņotie fakti
- Izmeklēšanā, ko veica mūsu institūcijas ārsts .....(datums),  
konstatēts, ka
- 3.1  jūsu darbnespēja ir pārejoša
- 3.2  jums ir tiesības uz daļējiem naudas pabalstiem ..... apmērā<sup>(2)</sup>  
no ..... līdz ..... (datums)
- 3.3  jūs esat darbspējīgs
- 3.4  darbnespēja beidzās .....<sup>(3)</sup>
- 3.5  Pēdējā diena, par kuru saņemsiet naudas pabalstus, ir .....
- 3.6  Kompetentā institūcija nosaka pēdējo naudas pabalstu saņemšanas dienu
- 3.7  Jums nav tiesību uz pabalstiem, jo .....

4.	<input type="checkbox"/> Dzīvesvietas vai uzturēšanās vietas institūcija	<input type="checkbox"/> Kompetentā institūcija
4.1	Nosaukums: .....	
4.2	Institūcijas identifikācijas numurs: .....	
4.3	Adrese: .....	
4.4	Zīmoga vieta	4.5 Datums: .....
		4.6 Paraksts: .....

**Informācija nodarbinātajai personai, pašnodarbinātai personai vai bezdarbniekam.**

*Ja nepiekrītāt lēmumam, ko paziņo ar šo dokumentu, varat to pārsūdzēt. Sīkāku informāciju par lēmuma apstrīdēšanas kārtību un termiņiem skatīt pielikumā. Informāciju par procedūrām un termiņiem skatīt kompetentajai valstij sniegtajos norādījumos.*

**PIEZĪMES**

- (<sup>1</sup>) Tās valsts apzīmējums, kuras institūcija aizpilda veidlapu: BE = Beļģija; CZ = Čehija, 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>2</sup>) Šī informācija jāsniedz tikai tad, ja veidlapu aizpilda kompetentā institūcija. Norādīt, vai pabalstus izmaksā katru dienu, nedēļu vai mēnesi.
- (<sup>3</sup>) Norādīt pēdējo darbnespējas dienu.
-

## LĒMUMA APSTRĪDĒŠANAS KĀRTĪBA UN TERMIŅI

Regulas (EEK) Nr. 574/72: 18. panta 4. un 6. punkts; 61. panta 4. punkts.

### 1. Beļģija

Ja nepiekrītāt pievienotajam lēmumam, jums ir tiesības rakstveidā iesniegt datētu un parakstītu sūdzību, ko jāiesniedz vai jānosūta ar ierakstītu vēstuli kompetentās darba tiesas kancelejai trīs mēnešu laikā no dienas, kad saņēmat paziņojumu par lēmumu.

Kompetentās darba tiesas ir:

- ja dzīvojat Beļģijā, tā rajona darba tiesa, kurā dzīvojat;
- ja vairs nedzīvojat Beļģijā, tā rajona darba tiesa, kurā pēdējā laikā dzīvojāt vai uzturējāties Beļģijā;
- ja neesat dzīvojis vai uzturējies Beļģijā, tā rajona darba tiesa, kurā pēdējā laikā bijāt nodarbināts Beļģijā.

### 2. Čehija

Ja nepiekrītāt pievienotajam paziņojumam, jums ir tiesības trīs dienu laikā pēc paziņojuma saņemšanas iesniegt sūdzību kompetentajā Čehijas institūcijā, kas norādīta veidlapas 2. vai 4. ailē. Sūdzības iesniegšanas kārtība un termiņš ir norādīti lēmumā.

### 3. Dānija

Ja vēlaties apstrīdēt pievienoto lēmumu, četru nedēļu laikā no dienas, kad saņēmat paziņojumu par lēmumu, jūs varat iesniegt sūdzību "Den Sociale Ankestyrelse Dagpengeudvalget", Amaliegade 25, PO. Box 3061, 1021 Copenhagen K (Apelāciju padomes sociālajos jautājumos Ikdienas naudas pabalstu komitejai).

### 4. Vācija

Šis oficiālais dokuments kļūst saistošs, ja trīs mēnešu laikā pēc paziņojuma saņemšanas dienas, sūdzība nav iesniegta. Sūdzības jāiesniedz rakstiski trīs mēnešu laikā šai Vācijas institūcijai:

Nosaukums: .....  
 Adrese: .....  
 .....

### 5. Igaunija

Ja vēlaties apstrīdēt pievienoto lēmumu, 30 dienu laikā varat iesniegt sūdzību "Eesti Haigekassa", Lembitu 10, Tallinn 10114.

### 6. Grieķija

Ja nepiekrītāt pievienotajam lēmumam, 30 dienu laikā pēc pievienotā lēmuma saņemšanas dienas varat iesniegt sūdzību:

Nosaukums: .....  
 Adrese: .....  
 .....

### 7. Spānija

Jūs varat iesniegt sūdzību par šo lēmumu 30 dienu laikā pēc paziņojuma par pievienoto lēmumu saņemšanas šai iestādei:

Nosaukums: .....  
 Adrese: .....  
 .....

### 8. Francija

Ja vēlaties apstrīdēt pievienoto lēmumu, divu mēnešu laikā no dienas, kad saņēmat paziņojumu par lēmumu, varat iesniegt sūdzību turpmāk norādītā veselības apdrošināšanas fonda galvenajam ārstam:

Nosaukums: .....  
 Adrese: .....  
 .....

### 9. Īrija

Ja nepiekrītāt pievienotajam lēmumam, varat iesniegt prasību Social Welfare Appeals Office, D'Olier House, D'Olier Street, Dublin 2. Šāda prasība jāiesniedz 21 dienas laikā pēc šī lēmuma saņemšanas dienas.



**10. Itālija****INPS lēmumi (slimība un maternitāte)**

Apdrošināta persona var apstrīdēt *INPS* lēmumu, 90 dienu laikā no dienas, kad saņemts paziņojums par attiecīgo lēmumu, iesniedzot administratīvu sūdzību kompetentajai apgabala komisijai.

Turklāt attiecīgā persona viena gada laikā no dienas, kad komisijas lēmums tika paziņots, vai 90 dienas pēc tam, kad iesniegta sūdzība, ja komisija nav pieņēmusi lēmumu, var uzsākt tiesvedību.

**INAIL lēmumi (nelaimes gadījumi darbā un arodslimības)**

Apdrošināta persona, kura vēlas apstrīdēt *INAIL* lēmumu, 60 dienu laikā pēc paziņojuma saņemšanas ar ierakstītu vēstuli ar apstiprinājumu par saņemšanu un saņemšanas paziņojumu var informēt *INAIL* par iemesliem, kāpēc tā uzskata, ka šis lēmums ir nepamatots; pastāvīgas darbnespējas gadījumā apdrošinātajai personai jānorāda pabalsta summa, kura pēc tās ieskatiem tai pienākas; visos gadījumos kopā ar sūdzības vēstuli jānosūta medicīnas izziņa, ar ko pamato sūdzību.

Ja attiecīgā persona 60 dienu laikā no iepriekš minētā apstiprinājuma par saņemšanu vai saņemšanas paziņojuma datuma nav saņēmusi atbildi vai tā nav apmierināta ar atbildi, tā var pieprasīt *INAIL* šo jautājumu izskatīt tiesā.

Vēstuli, kurā izklāstīti iemesli, kādēļ apdrošinātā persona nepiekrīt *INAIL* lēmumam, var nosūtīt *INAIL* tieši vai ar dzīvesvietas vai uzturēšanās vietas institūcijas starpniecību.

**11. Kipra**

Ja neesat apmierināts ar šo pievienoto lēmumu, piecpadsmit dienu laikā no šā lēmuma paziņošanas dienas varat pārsūdzēt to darba un sociālās apdrošināšanas ministram. Ja neesat apmierināts ar ministra lēmumu, 75 dienu laikā no ministra lēmuma paziņošanas dienas varat to pārsūdzēt Augstākajā tiesā.

**12. Latvija**

Ja nepiekrītat pievienotajam lēmumam, viena mēneša laikā no dienas, kad saņēmāt pievienoto lēmumu, varat iesniegt sūdzību:

Nosaukums: .....

Adrese: .....

.....

**13. Lietuva**

Ja vēlaties apstrīdēt pievienoto lēmumu, viena mēneša laikā no dienas, kad saņēmāt paziņojumu par lēmumu, varat iesniegt sūdzību Strīdu izšķiršanas administratīvajai komisijai.

**14. Luksemburga**

Ja nepiekrītat pievienotajam lēmumam, jums principā ir tiesības iesniegt sūdzību "*Conseil arbitral des assurances sociales*" 40 dienu laikā no dienas, kad saņēmāt paziņojumu par lēmumu.

**15. Ungārija**

Ja nepiekrītat pievienotajam paziņojumam, varat pieprasīt Ungārijas kompetentās institūcijas lēmumu (E 118 veidlapas 2. un 4. aile). Kompetentās institūcijas lēmumu var apstrīdēt 15 dienu laikā pēc lēmuma paziņojuma saņemšanas.

**16. Malta**

Ja vēlaties apstrīdēt pievienoto lēmumu, 30 dienu laikā no lēmuma pieņemšanas dienas varat iesniegt sūdzību Valetas Sociālā nodrošinājuma departamentam.

**17. Nīderlande**

Ja nepiekrītat pievienotajam paziņojumam, varat pieprasīt, lai E 118 veidlapas 2. vai 4. ailē minētā kompetentā Nīderlandes institūcija pieņemamā termiņā pieņem lēmumu. Lēmumā tiks norādīts sūdzības iesniegšanas veids un termiņš.

**18. Austrija**

Ja nepiekrītat pievienotajai informācijai (E 118 veidlapa), varat pieprasīt, lai iepriekš minētās E 118 veidlapas 2. vai 4. ailē norādītā kompetentā Austrijas institūcija pieņem lēmumu, kurā iekļauti norādījumi par pieņemamu lēmuma apstrīdēšanas kārtību.

**19. Polija**

Ja jūs neapmierina pievienotais lēmums, jums ir tiesības pieprasīt lēmumu no *Zakład Ubezpieczeń Społecznych — ZUS* (sociālā nodrošinājuma iestāde) ar teritoriālo jurisdikciju attiecībā uz darba devēja atrašanās vietu, un lauksaimnieku gadījumā – no *Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego — KRUS* (lauksaimniecības sociālās apdrošināšanas fonds) reģionālās filiāles. Šajā filiālē izsniegs lēmumu par tiesībām uz pabalstu un informēs par iespējamiem lēmuma pārsūdzēšanas pasākumiem.

**20. Portugāle**

Ja nepiekrītat šim lēmumam,

- ja nav atzīta darba nespēja, varat iesniegt sūdzību reģionālajai administratīvajai veselības padomei (*Comissão Instaladora da Administração Regional de Saúde*) astoņu dienu laikā pēc lēmuma paziņojuma saņemšanas, vai
- ja naudas pabalstu prasība ir noraidīta administratīvu iemeslu dēļ, varat iesniegt sūdzību vietējai kompetentajai administratīvajai tiesai (*Tribunal Administrativa de Circulo*) divu mēnešu laikā pēc lēmuma paziņojuma saņemšanas. Ja nedzīvojat Portugālē, sūdzība jāiesniedz četrus mēnešus laikā pēc lēmuma paziņojuma saņemšanas.

**21. Slovēnija**

Ja nepiekrīt šim lēmumam, 30 dienu laikā pēc lēmuma saņemšanas varat iesniegt prasību darba un sociālajā tiesā Ļubjanā, *Komenskega 7*.

**22. Slovākija**

Ja nepiekrīt norādītajai informācijai un saistībā ar šo gadījumu nav pieņemts lēmums, varat pieprasīt, lai Sociālās apdrošināšanas aģentūras kompetentā filiāle izdod šādu lēmumu. Varat iesniegt sūdzību Sociālās apdrošināšanas aģentūras galvenajai pārvaldei 15 dienu laikā pēc vietējās filiāles lēmuma saņemšanas. Sociālās apdrošināšanas aģentūras galvenās pārvaldes lēmums pabalstu jautājumā ir galīgs, tomēr divu mēnešu laikā pēc tā saņemšanas varat iesniegt sūdzību par šo lēmumu kompetentajā reģionālajā tiesā.

Jautājumos, kas nav saistīti ar pabalstiem, varat pieprasīt korekcijas pasākumus attiecībā uz Sociālās apdrošināšanas aģentūras galvenās pārvaldes lēmumu 30 dienu laikā pēc tā iesniegšanas kompetentajā reģionālajā tiesā. Sociālās apdrošināšanas aģentūras galvenās pārvaldes adrese ir: *Sociálna poisťovňa, ústredie, ul. 29. augusta č. 8–10, 813 63 Bratislava 1*.

**23. Somija**

Ja vēlaties apstrīdēt pievienoto lēmumu, varat iesniegt sūdzību 30 dienu laikā no dienas, kad saņēmāt paziņojumu par pievienoto lēmumu, vai nu Somijas apdrošināšanas institūcijai, kas norādīta E 118 veidlapas 2. vai 4. ailē, vai apdrošināšanas institūcijai, kas atrodas vistuvāk jūsu dzīvesvietai un arī norādīta vienā no iepriekš minētajām ailēm.

**24. Zviedrija**

Divu mēnešu laikā no faktiskās lēmuma pieņemšanas dienas varat iesniegt sūdzību Zviedrijas kompetentajai institūcijai, kas norādīta E 118 veidlapas 2. vai 4. ailē. Sūdzībā jānorāda iemesli, kādēļ uzskatāt, ka lēmums nav pamatots.

**25. Apvienotā Karaliste**

Ja nepiekrīt pievienotajam lēmumam, 28 dienu laikā pēc lēmuma saņemšanas varat iesniegt sūdzību attiecīgi, Starptautiskā pensiju centra Pensiju dienestam *Tyneview Park Newcastle-upon-Tyne*, vai Ziemeļīrijas Sociālā nodrošinājuma aģentūras ārvalstu filiālei Belfāstā.

**26. Islande**

Ja vēlaties apstrīdēt pievienoto lēmumu, varat iesniegt sūdzību Valsts Sociālā nodrošinājuma pārvaldei Reikjavīkā.

**27. Lihtenšteina**

a) Veselības apdrošināšana: ja nepiekrīt veselības apdrošināšanas fonda lēmumam, varat pieprasīt oficiālu dekrētu, kurā jānorāda iemesli un informācija par likuma kārtību.

60 dienu laikā pēc oficiālā dekrēta saņemšanas attiecīgā persona var iesniegt juridisku prasību attiecīgajā tiesā.

b) Nelaiemes gadījumu apdrošināšana: ja nepiekrīt nelaiemes gadījumu apdrošinātāja dekrētam, divu mēnešu laikā pēc šī dekrēta saņemšanas varat pieprasīt, lai attiecīgā nelaiemes gadījuma apdrošinātājs pārskata dekrētu.

Ja nepiekrīt nelaiemes gadījumu apdrošinātāja dekrētam, divu mēnešu laikā pēc šī dekrēta saņemšanas varat arī iesniegt juridisku prasību attiecīgajā tiesā. Tas arī attiecas uz nelaiemes gadījumu apdrošinātāja lēmumu par iepriekš minēto pārskatīšanas pieprasījumu.

**28. Norvēģija**

Sūdzība par Norvēģijas lēmumu jānosūta E 118 veidlapas 2. vai 4. ailē norādītajai institūcijai sešu nedēļu laikā pēc lēmuma paziņojuma saņemšanas.

**29. Šveice**

Ja nepiekrīt pievienotajam lēmumam, 30 dienu laikā pēc lēmuma saņemšanas varat iesniegt iebildumus attiecīgajai institūcijai. Lēmumā par iebildumiem tiks norādīta sūdzības iesniegšanas kārtība un termiņš.



APLIECĪBA PAR TIESĪBĀM SAŅEMT PABALSTUS PAKALPOJUMU VEIDĀ PENSIONĀRIEM UN VIŅU ĢIMENES LOCEKĻIEM

Regulas (EEK) 1408/71: 26. panta 1. punkts

Regulas (EEK) 574/72: 28. pants

Kompetentajai institūcijai jāaizpilda veidlapas A daļa un jāizsniedz divi eksemplāri attiecīgajai personai, kurai tie jāiesniedz dzīvesvietas institūcijā. Saņemot abus eksemplārus, dzīvesvietas institūcijai jāaizpilda B daļa un jānosūta viens eksemplārs 6. nodaļā minētajai institūcijai. Ja vajadzīgs, abi eksemplāri vispirms jānosūta institūcijai, kurai jāaizpilda 5. un 6. nodaļa.

Lūdzu, aizpildīt šo veidlapu drukātiem burtiem, rakstot tikai uz punktētajām līnijām. Veidlapa sastāv no trim lapām.

A. Paziņojums par tiesībām

1.	Dzīvesvietas institūcija <sup>(2)</sup>
1.1	Nosaukums: .....
1.2	Institūcijas identifikācijas numurs: .....
1.3	Adrese: .....
1.4	Atsauce: jūsu veidlapa E 107, kas datēta .....

2.	Pensionārs
2.1	Uzvārds(-i) <sup>(3)</sup> : ..... Dzimtais(-ie) uzvārds(-i) (ja atšķirīgs(-i)): .....
2.2	Vārds(s): ..... Dzimšanas datums: .....
2.3	Adrese dzīvesvietas valstī: .....
2.4	Personas identifikācijas numurs: .....

3.	Aizpilda institūcija, kurā iesniegts pensijas pieprasījums
3.1	Iepriekš norādītais pieprasījuma iesniedzējs ..... (datums) ..... pieprasīja pensiju saistībā ar <input type="checkbox"/> vecumu <input type="checkbox"/> invaliditāti <input type="checkbox"/> apgādnieka zaudējumu <input type="checkbox"/> nelaimes gadījumu darbā <input type="checkbox"/> arodslimību
3.2	<input type="checkbox"/> Izskatot šo pieprasījumu, konstatēts, ka attiecīgajai personai ir tiesības saņemt pensiju no mūsu institūcijas.

4.	Institūcija, kas aizpildīja 3. nodaļu
4.1	Nosaukums: .....
4.2	Institūcijas identifikācijas numurs: .....
4.3	Adrese: .....
4.4	Zīmoga vieta
4.5	Datums: .....
4.6	Paraksts: .....

5. Aizpilda institūcija, kurā iesniegts pensijas pieprasījums, vai veselības un maternitātes apdrošināšanas iestāde tajā valstī, kurā iesniegts pieprasījums.

5.1 Iestādes, kurā izskata pieprasījumu, identifikācijas numurs: .....

5.2 2. nodaļā norādītajam pieprasījuma iesniedzējam un viņa ģimenes locekļiem ir tiesības uz veselības un maternitātes pabalstiem pakalpojumu veidā

5.3  no ..... līdz šo apliecību anulē

5.4  vienu gadu no ..... (datums)

6. Institūcija, kas aizpildīja 5. nodaļu

6.1 Nosaukums: .....

6.2 Institūcijas identifikācijas numurs: .....

6.3 Adrese: .....

6.4 Zīmoga vieta

6.5 Datums: .....

6.6 Paraksts: .....

**B. Paziņojums par reģistrēšanu vai neregistrēšanas iemesliem**

7.  (\*)

7.1 2. nodaļā norādīto personu un viņas ģimenes locekļus nevar reģistrēt, šādu iemeslu dēļ

.....

.....

8.  (\*)

8.1 2. nodaļā norādītā persona un viņas ģimenes locekļi ir reģistrēti

..... (datums)

9. Reģistrētie ģimenes locekļi

9.1	Uzvārds(-i) <sup>(3)</sup>	Vārds(-i)	Dzimums		Dzimšanas datums	Personas identifikācijas numurs
			S	V		
9.2	.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
9.3	.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
9.4	.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
9.5	.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
9.6	.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
9.7	.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
9.8	.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....

10. Dzīvesvietas institūcija

10.1 Nosaukums: .....

10.2 Institūcijas identifikācijas numurs: .....

10.3 Adrese: .....

10.4 Zīmoga vieta

10.5 Datums: .....

10.6 Paraksts: .....

## Informācija apdrošinātajai personai

- a) Šī apliecība nodrošina jums un jūsu ģimenes locekļiem tiesības saņemt pabalstus pakalpojumu veidā slimības vai maternitātes gadījumā dzīvesvietas valstī.
- b) Jums pēc iespējas ātrāk jāiesniedz divi šīs izziņas eksemplāri, kas atrodas pie jums, vienai no šīm apdrošināšanas institūcijām.
- Beļģijā** – izvēlētajam “mutualité” (vietējai slimokasei);
- Čehijā** – “Zdravotní pojišťovna” (slimokasei) dzīvesvietā;
- Kiprā** – Υπουργείο Υγείας (Veselības ministrijai, 1448 Lefkosia). Iesniedzot pieteikumu, attiecīgajai personai izsniegs Kipras medicīnas karti, bez kuras nevar saņemt pabalstus pakalpojumu veidā valsts medicīnas iestādēs.
- Dānijā** – dzīvesvietas pašvaldības iestādei;
- Vācijā** – “Krankenkasse” (slimokasei) dzīvesvietā;
- Grieķijā** – parasti sociālās apdrošināšanas iestādes (IKA) reģionālajai vai vietējai nodaļai, kas attiecīgajai personai izdod “veselības grāmatīņu”, bez kuras nav iespējams saņemt pabalstus pakalpojumu veidā;
- Spānijā** – “Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social” (valsts sociālā nodrošinājuma pārvaldes provinces direktorātam) dzīvesvietā vai uzturēšanās vietā. Ja nepieciešams pabalsts, varat vērsties Spānijas sociālā nodrošinājuma veselības sistēmas medicīniskās aprūpes vai slimnīcu dienestā. Veidlapa jāiesniedz kopā ar fotokopiju.
- Igaunijā** – “Eesti Haigekassa” (Igaunijas slimokasei);
- Francijā** – “Caisse primaire d’assurance-maladie” (vietējai slimokasei);
- Īrijā** – veselības padome, kuras kompetencē ir pieprasītais pabalsts;
- Itālijā** – “Unità sanitaria locale” (vietējās veselības administrācijas nodaļai), kuras pārziņā ir attiecīgais apgabals;
- Latvijā** – “Veselības obligātās apdrošināšanas valsts aģentūrai”;
- Lietuvā** – “Teritorinė ligoņu kasa” (teritoriālajai slimokasei); veselības aprūpe ir pieejama, iepriekš nevēršoties institūcijā;
- Luksemburgā** – “Caisse de maladie des ouvriers” (strādnieku slimokasei);
- Ungārijā** – kompetentajai “Megyei Egészségbiztosítási Pénztár” (reģionālajai slimokasei);
- Maltā** – Veselības ministrijai, Valetā;
- Nīderlandē** – jebkurai kompetentajai slimokasei dzīvesvietā;
- Austrijā** – “Gebietskrankenkasse” (reģionālajai slimokasei), kuras pārziņā ir jūsu dzīvesvieta;
- Polijā** – “Narodowy Fundusz Zdrowia” (valsts veselības fonda) reģionālajai nodaļai, kuras pārziņā ir jūsu dzīvesvieta;
- Portugālē, Portugāles pamatteritorijā** – “Centro Distrital de Solidariedade e Segurança Social” (solidaritātes un sociālā nodrošinājuma reģionālajam centram) dzīvesvietā; **Madeirā** – “Centro de Segurança Social da Madeira” (Madeiras Sociālā nodrošinājuma centram), Funšalā; **Azoru salās** – “Centro de Prestações Pecuniárias” (naudas pabalstu centram) dzīvesvietā;
- Slovēnijā** – “Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS)” (Slovēnijas veselības apdrošināšanas iestādes) kompetentajam reģionālajam dienestam dzīvesvietā;
- Slovākijā** – “zdravotná poisťovňa” (veselības apdrošināšanas sabiedrībai) pēc personas izvēles;
- Somijā** – “Kansaneläkelaitos” (sociālās apdrošināšanas iestādes) vietējai iestādei;
- Zviedrijā** – “försäkringskassan” (sociālās apdrošināšanas birojam) dzīvesvietā. Medicīniskos pakalpojumus (slimnīcas, ārsts, zobārsts, utt.) var saņemt, iepriekš nevēršoties institūcijā;
- Islandē** – “Tryggingastofnun riskins” (valsts sociālā nodrošinājuma pārvaldei), Reikjavīkā;
- Lihtenšteinā** – “Amt für Volkswirtschaft” (Tautsaimniecības birojam), Vaducā;
- Norvēģijā** – “lokale Trygdekontor” (vietējam apdrošināšanas birojam) dzīvesvietā;
- Šveicē** – “Institution commune LAMal- Instituzione commune LAMal - Gemeinsame Einrichtung KVG” (kopīgajai institūcijai saskaņā ar federālo veselības apdrošināšanas aktu), Soloturnā.
- c) Jums jāinformē apdrošināšanas iestāde, kurai iesniedzat veidlapu, par jebkādam apstākļu izmaiņām, kas varētu ietekmēt tiesības uz pabalstiem pakalpojumu veidā, piemēram, pieprasītās pensijas piešķiršana vai jūsu vai jūsu ģimenes locekļu dzīvesvietas vai uzturēšanās vietas maiņa.

## PIEZĪMES

- (<sup>1</sup>) Tās valsts apzīmējums, kuras iestāde aizpilda veidlapu: BE = Beļģija, CZ = Čehija, 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>2</sup>) Aizpildīt tikai tad, ja veidlapu izdod pēc dzīvesvietas vietas institūcijas pieprasījuma. Ja pensijas prasītājs ir Apvienotās Karalistes rezidents, abus veidlapas eksemplārus jānosūta tieši Starptautiskā pensiju centra Pensiju dienesta Darba un pensiju departamentam, *Tyneview Park, Newcastle-upon-Tyne*.
- (<sup>3</sup>) Norādīt pilnu uzvārdu civilstāvokļa secībā.
- (<sup>4</sup>) Ja vajadzīgs, aizpildīt 7. un 8. nodaļu un atzīmēt attiecīgo aili ar krustiņu.



IZZIŅA PAR PENSIONĀRU UN VIŅU ĢIMENES LOCEKĻU REĢISTRĀCIJU  
UN SARAKSTU ATJAUNINĀŠANU

Regulas (EEK) Nr. 1408/71: 28. panta 1. punkta a) apakšpunkts; 29. panta 1. punkta a) apakšpunkts  
Regulas (EEK) Nr. 574/72: 29. panta 1., 2. un 3. punkts; 30. panta 1. punkts; 95. panta 4. punkts

Institūcijai, kas noformējusi apliecību saskaņā ar Regulas (EEK) Nr. 574/72 29. panta 2. punktu vai 30. panta 1. punktu, jāaizpilda veidlapas A daļa un jāizsniedz tā divos eksemplāros pensionāram vai viņa ģimenes loceklim vai jānosūta dzīvesvietas institūcijai, ja veidlapu pieprasījusi minētā institūcija. Ja vajadzīgs, abi eksemplāri vispirms jānosūta institūcijai, kurai jāaizpilda 6. un 7. nodaļa. Saņemot abus eksemplārus, dzīvesvietas institūcijai jāaizpilda B daļa un jānosūta viens eksemplārs par katru pensionāru vai ģimenes locekli 7. nodaļā minētajai institūcijai.

Lūdzu, aizpildīt šo veidlapu drukātiem burtiem, rakstot tikai uz punktētajām līnijām. Veidlapa sastāv no četrām lapām.

A. Paziņojums par tiesībām

1.	Dzīvesvietas institūcija (2)
1.1	Nosaukums: .....
1.2	Institūcijas identifikācijas numurs: .....
1.3	Adrese: .....
1.4	Atsauce: jūsu veidlapa E 107, kas datēta .....

2.	Pensionārs	
2.1	Uzvārds(-i)(3): .....	Dzimtais(-ie) uzvārds(-i) (ja atšķirīgs(-i)):
2.2	Vārds(-i): .....	Dzimšanas datums:
2.3	Adrese dzīvesvietas valstī: .....	
2.4	Dzīvesvietas maiņas datums: .....	
2.5	Personas identifikācijas numurs: .....	
2.6	Pensionārs bija	
	<input type="checkbox"/> nodarbināta persona	
	<input type="checkbox"/> pašnodarbināta persona	
	<input type="checkbox"/> pierobežas darbinieks (nodarbināts)	
	<input type="checkbox"/> pierobežas darbinieks (pašnodarbināts)	
	<input type="checkbox"/> bezdarbnieks	

3.	Aizpilda institūcija, kas atbild par pensijas izmaksu		
3.1	Iepriekš norādītajai personai ir tiesības saņemt pensiju par		
	<input type="checkbox"/> vecumu	<input type="checkbox"/> invaliditāti	<input type="checkbox"/> apgādnieka zaudējumu
	<input type="checkbox"/> nelaiemes gadījumu darbā	<input type="checkbox"/> arodslimību	
3.2	no: .....		

4.	Institūcija, kas aizpildīja 3. nodaļu (4)		
4.1	Nosaukums: .....		
4.2	Institūcijas identifikācijas numurs: .....		
4.3	Adrese: .....		
4.4	Zīmoga vieta	4.5	Datums: .....
		4.6	Paraksts: .....



5.	Pensionāra ģimenes loceklis	
5.1	Uzvārds(-i) <sup>(3)</sup> :	Dzimtais(-ie) uzvārds(-i) (ja atšķirīgs(-i)) <sup>(3)</sup> :
5.2	Vārds(-i):	Dzimšanas datums:
5.3	Adrese dzīvesvietas valstī: .....	
5.4	Personas identifikācijas numurs: .....	
5.5	Dzīvesvietas maiņas datums: .....	

6.	Aizpilda institūcija, kas atbild par pensijas izmaksu, vai veselības un maternitātes apdrošināšanas institūcija valstī, kas ir atbildīga par pensijas izmaksu <sup>(5)</sup>	
6.1	Tās institūcijas identifikācijas numurs, kura izskata pieprasījumu: .....	
6.2	<input type="checkbox"/> 2. nodaļā norādītajai personai <input type="checkbox"/> 5. nodaļā n2 orādītajai personai	
6.3	ir tiesības saņemt veselības un maternitātes apdrošināšanas pabalstus pakalpojumu veidā no .....	
6.3	Pabalstu izmaksas, kas jānodrošina dzīvesvietas valstī, ja vien persona nedzīvo kompetentajā valstī, segs mūsu iestāde	
6.4	<input type="checkbox"/> no ..... līdz šo apliecību anulē	
6.5	<input type="checkbox"/> vienu gadu no ..... <sup>(6)</sup>	
6.6	<input type="checkbox"/> ar šo apliecību anulē E ..... veidlapu, kas datēta .....	

7.  Lūdzu atgrieziet atpakaļ 2. un 5. punktā minētās personas Eiropas veselības apdrošināšanas karti Nr ..... ar derīguma termiņu līdz .....

8.	Institūcija, kas aizpildīja 6. nodaļu <sup>(4)</sup>	
8.1	Nosaukums: .....	
8.2	Institūcijas identifikācijas numurs: .....	
8.3	Adrese: .....	
8.4	Zīmoga vieta	8.5 Datums: .....
		8.6 Paraksts: .....

## B. Paziņojums par reģistrēšanu vai neregistrēšanas iemesliem

9.	<input type="checkbox"/> <sup>(7)</sup>	
9.1	<input type="checkbox"/> 2. nodaļā norādīto personu <input type="checkbox"/> 5. nodaļā norādīto personu nevar reģistrēt,	
9.2	<input type="checkbox"/> jo šai personai jau ir piešķirtas tiesības saņemt pabalstus pakalpojumu veidā saskaņā ar mūsu valsts tiesību aktiem	
9.3	<input type="checkbox"/> citu iemeslu dēļ: .....	

10.	<input type="checkbox"/> (?)
10.1	<input type="checkbox"/> 2. nodaļā norādītā persona <input type="checkbox"/> 5. nodaļā norādītā persona ir reģistrēta
10.2	<input type="checkbox"/> Šo pabalstu izmaksas jāsedz pašai personai; datums, no kura jāaprēķina Regulas 574/72 95. pantā paredzētais vienreizējais maksājums .....

11.	Eiropas veselības apdrošināšanas karte
11.1	<input type="checkbox"/> Pielikumā Eiropas veselības apdrošināšanas karte Nr. .... saskaņā ar 7. punktā minēto.
11.2	<input type="checkbox"/> Lūdzu norādīt, kādas darbības jāveic saistībā ar Eiropas veselības apdrošināšanas karti Nr. .... ar derīguma termiņu līdz. .... kas izdota 2. un 5. punktā minētai personai.

12.	Institūcija pensionāra vai viņa ģimenes locekļa dzīvesvietā		
12.1	Nosaukums: .....		
12.2	Institūcijas identifikācijas numurs: .....		
12.3	Adrese: .....		
12.4	Zīmoga vieta	12.5	Datums: .....
		12.6	Paraksts: .....

#### Informācija pensionāram vai ģimenes loceklim

Šīs veidlapas divi eksemplāri pēc iespējas ātrāk jānosūta šai apdrošināšanas institūcijai:

**Beļģijā** – izvēlētajai “mutualité” (slimokasei);

**Čehijā** – “Zdravotní pojišťovna” (slimokasei) dzīvesvietā;

**Kiprā** – Υπουργείο Υγείας (Veselības ministrijai, 1448 Lefkosia). Iesniedzot pieteikumu, attiecīgajai personai izsniegs Kipras medicīnas karti, bez kuras nevar saņemt pabalstus pakalpojumu veidā valsts medicīnas iestādēs.

**Dānijā** – dzīvesvietas pašvaldības iestādei;

**Vācijā** – “Krankenkasse” (slimokasei) dzīvesvietā;

**Griekijā** – parasti sociālās apdrošināšanas iestādes (IKA) reģionālajai vai vietējai nodaļai, kas attiecīgajai personai izdod “veselības grāmatiņu”, bez kuras nav iespējams saņemt pabalstus pakalpojumu veidā;

**Spānijā** – “Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social” (Valsts sociālā nodrošinājuma pārvaldes provinces direktorātam) dzīvesvietā;

**Igaunijā** – “Eesti Haigekassa” (Igaunijas slimokasei);

**Francijā** – “Caisse primaire d’assurance-maladie” (vietējai slimokasei);

**Īrijā** – veselības padomei, kuras kompetencē ir pieprasītais pabalsts;

**Itālijā** – “Unità sanitaria locale” (vietējā veselības administrācijas nodaļai), kuras pārziņā ir attiecīgais apgabals;

**Latvijā** – “Veselības obligātās apdrošināšanas valsts aģentūrai”;

**Lietuvā** – “Teritorinė ligoņu kasa” (teritoriālajam pacientu fondam);

**Luksemburgā** – “Caisse de maladie des ouvriers” (strādnieku slimokasei);

**Ungārijā** – kompetentajai “Megyei Egészségbiztosítási Pénztár” (reģionālajai slimokasei);

**Maltā** – Veselības ministrijas Tiesību nodaļai, 23 St. John Street, Valetta;

**Nīderlandē** – jebkurai kompetentai slimokasei dzīvesvietā;

**Austrijā** – “Gebietskrankenkasse” (reģionālajai slimokasei), kura pārziņā ir jūsu dzīvesvieta;

**Polijā** – “Narodowy Fundusz Zdrowia” (valsts veselības fonda) reģionālajai nodaļai, kuras pārziņā ir jūsu dzīvesvieta;

**Portugālē, Portugāles pamatteritorijā** – “Centro Distrital de Solidariedade e Segurança Social” (Solidaritātes un sociālā nodrošinājuma reģionālajam centram) dzīvesvietā; Madeirā – “Centro de Segurança Social da Madeira” (Madeiras Sociālā nodrošinājuma centram), Funšalā; Azoru salās – “Centro de Prestações Pecuñiárias” (naudas pabalstu centram) dzīvesvietā;

**Slovēnijā** – “Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS)” (Slovēnijas veselības apdrošināšanas iestādes) kompetentajam reģionālajam dienestam dzīvesvietā;

**Slovākijā** – “zdravotná poisťovňa” (veselības apdrošināšanas sabiedrībai) pēc personas izvēles;

**Somijā** – “Kansaneläkelaitos” (sociālās apdrošināšanas institūcijas) vietējam birojam;

**Zviedrijā** – “försäkringskassan” (sociālās apdrošināšanas birojam) dzīvesvietā;

**Islandē** – “Tryggingastofrun riskins” (Valsts sociālā nodrošinājuma pārvaldei) Reikjavīkā;

**Lihtenšteinā** – “Amt für Volkswirtschaft” (Tautsaimniecības birojam) Vaducā;

**Norvēģijā** – “lokale Trygdekontor” (vietējam apdrošināšanas birojam) dzīvesvietā;

**Šveicē** – “Institution commune LAMal- Instituzione commune LAMal – Gemeinsame Einrichtung KVG” (kopīgajai iestādei saskaņā ar federālo veselības apdrošināšanas aktu) Soloturnā.

#### PIEZĪMES

- (<sup>1</sup>) Tās valsts apzīmējums, kuras institūcija aizpilda veidlapu: BE = Beļģija, CZ = Čehija, 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>2</sup>) Aizpildīt tikai tad, ja veidlapu izdod pēc dzīvesvietas institūcijas pieprasījuma. Ja pensionārs vai viņa ģimenes loceklis ir Apvienotās Karalistes rezidents, abus veidlapas eksemplārus jānosūta tieši Starptautiskā pensiju centra Pensiju dienesta Darba un pensiju departamentam, *Tyneview Park, Newcastle-upon-Tyne*.
- (<sup>3</sup>) Norādīt pilnu uzvārdu civilstāvokļa secībā.
- (<sup>4</sup>) Ungārijā šo nodaļu aizpilda veselības un maternitātes apdrošināšanas institūcija.
- (<sup>5</sup>) Itālijā 6. un 7. nodaļu aizpilda ASL vai Veselības ministrija.
- (<sup>6</sup>) Ja veidlapu noformē Vācijas, Francijas, Ungārijas, Itālijas vai Portugāles institūcija un tā attiecas uz ģimenes locekli.
- (<sup>7</sup>) Ja vajadzīgs, aizpildīt 8. un 9. nodaļu un atzīmēt attiecīgo ailī ar krustiņu.

APLIECĪBA PAR TIESĪBĀM SAŅEMT PABALSTUS PAKALPOJUMU VEIDĀ SAKARĀ AR APDROŠINĀŠANU PRET  
NELAIMES GADĪJUMIEM DARBĀ UN ARODSLIMĪBĀM

Regulas (EEK) Nr. 1408/71: 52.a pants; 55. panta 1. punkta a) apakšpunkta i) daļa; b) apakšpunkta i) daļa un c) apakšpunkta i) daļa  
Regulas (EEK) Nr. 574/72: 60. panta 1. punkts; 62. panta 4. punkts un 6. punkts; 63. panta 1. un 3. punkts

a šo veidlapu pieprasa attiecīgās personas dzīvesvietas vai uzturēšanās vietas institūcija, izmantojot E 107 veidlapu, tā jānosūta minētajai institūcijai. Citos gadījumos tā jāizsniedz apdrošinātajai personai.

Lūdzu, aizpildīt šo veidlapu drukātiem burtiem, rakstot tikai uz punktētajām līnijām. Veidlapa sastāv no trim lapām.

1.	Dzīvesvietas vai uzturēšanās vietas institūcija <sup>(2)</sup>
1.1	Nosaukums: .....
1.2	Institūcijas identifikācijas numurs: .....
1.3	Adrese: ..... .....
1.4	Atsauce: jūsu E 107 veidlapa, kas datēta .....

2.	Apdrošinātā persona
2.1	Uzvārds(-i) <sup>(3)</sup> : .....
2.2	Dzimtais(-ie) uzvārds(-i) (ja atšķirīgs(-i): .....
2.3	Vārds(-i): ..... Dzimšanas datums: .....
2.4	Personas identifikācijas numurs: .....
2.5	Apdrošinātā persona ir <input type="checkbox"/> nodarbināta persona <input type="checkbox"/> pašnodarbināta persona <input type="checkbox"/> pierobežas darbinieks (nodarbināts) <input type="checkbox"/> pierobežas darbinieks (pašnodarbināts) <input type="checkbox"/> bezdarbnieks

3.	Pamatojoties uz
3.1	<input type="checkbox"/> informāciju, kas sniegta jūsu E 107 veidlapā, kas datēta .....
3.2	<input type="checkbox"/> nelaiemes gadījumu darbā, kas notika ..... un kam bija šādas sekas: ..... .....
3.3	<input type="checkbox"/> arodslimību, kas konstatēta ..... un kurai bija šādas sekas: .....
3.4	<input type="checkbox"/> atļauju, ko mūsu iestāde ir piešķīrusi attiecīgajai personai, lai saglabātu tiesības uz pabalstiem pakalpojumu veidā ..... (valstī), uz kuru persona dodas, lai <input type="checkbox"/> apmestos uz dzīvi <input type="checkbox"/> saņemtu medicīnisko palīdzību

4. Iepriekš minētā persona var saņemt pabalstus pakalpojumu veidā par  
 nelaiemes gadījumu darbā  arodslimību

4.1  par laikposmu, kas noteikts dzīvesvietas valsts tiesību aktos

4.2  no .....  līdz .....

4.3  ne ilgāk kā trīs mēnešus

4.4  neierobežotu laikposmu

5. Mūsu iestādes ārsta ziņojums

5.1  ir pievienots aizzīmogatā aploksnē

5.2  ir nosūtīts (datums) ..... (adresāts)(\*) .....

5.3  saņemams mūsu iestādē pēc pieprasījuma

5.4  nav noformēts

6. Kompetentā institūcija

6.1 Nosaukums: .....

6.2 Institūcijas identifikācijas numurs: .....

6.3 Adrese: .....

6.4 Zīmoga vieta 6.5 Datums: .....

6.6 Paraksts: .....

### Informācija apdrošinātajai personai

Šī izziņa pēc iespējas ātrāk jānosūta valsts apdrošināšanas iestādei tajā valstī, uz kuru dodaties, t.i.,

#### Beļģijā

a) attiecībā uz pabalstu pakalpojumu veidā, ko nodrošina slimības gadījumā vai sakarā ar nelaiemes gadījumu privātajā dzīvē: izvēlētajai "mutualité" (vietējai slimokasei);

b) attiecībā uz pabalstu pakalpojumu veidā, ko nodrošina sakarā ar arodslimību: "le Fonds des maladies professionnelles", 1210 Briselē;

**Čehijā** – kompetentajai "Zdravotní pojišťovna" (slimokasei);

**Kiprā** – Υπουργείο Υγείας (Veselības ministrijai, 1448 Lefkosia). Iesniedzot pieteikumu, attiecīgajai personai izsniegs Kīpras medicīnas karti, bez kuras nevar saņemt pabalstus pakalpojumu veidā valsts medicīnas iestādēs.

**Dānijā** – ārsta vai zobārsta palīdzību var saņemt, vēršoties pie sabiedrības veselības dienesta ārsta vai zobārsta. Personas, kurām vajadzīga neatliekama ārstēšana slimnīcā, var doties tieši uz valsts slimnīcu;

**Vācijā** – nelaiemes gadījumu apdrošināšanas iestādei, kuras pārziņā ir jūsu dzīvesvieta;

**Grieķijā** – parasti sociālās apdrošināšanas iestādes (IKA) reģionālajai vai vietējai nodaļai, kas attiecīgajai personai izdod "veselības grāmatiņu", bez kuras nevar saņemt pabalstus pakalpojumu veidā;

**Spānijā** – medicīnas vai slimnīcu dienestiem veselības aizsardzības sistēmā, uz ko attiecas sociālā apdrošināšana. Veidlapa jāiesniedz kopā ar fotokopiju.

**Igaunijā** – "Eesti Haigekassa" (Igaunijas slimokasei);

**Francijā** – "Caisse primaire d'assurance-maladie" (vietējai slimokasei);

**Īrijā** – veselības padomei, kuras kompetencē ir pieprasītais pabalsts;

**Itālijā** –

a) pabalstiem pakalpojumu veidā – "ASL" (vietējai veselības administrācijas nodaļai), kas atbild par attiecīgo apgabalu; jūrmiekiem un civilai gaisa transporta apkalpei – Sabiedrības veselības aizsardzības ministrija (Flotes un civilās aviācijas darbinieku veselības aizsardzības birojs), kas atbild par attiecīgo apgabalu;

b) par protēzēm, speciāliem aparātiem un medicīnas pārbaudēm vai izziņām – "Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro" (Valsts pārvaldes apdrošināšanai pret nelaiemes gadījumiem darbā – INAIL) apgabala birojam;

**Latvijā** – “Veselības obligātās apdrošināšanas valsts aģentūra”;

**Lietuvā** – “Teritorinė ligonių kasa” (teritoriālam pacientu fondam); Medicīnas dienesta palīdzība ir pieejama, iepriekš nevēršoties institūcijā;

**Luksemburgā** – “Association d’assurance contre les accidents” (nelaimes gadījumu apdrošināšanas asociācija);

**Ungārijā** – kompetentajai “Megyei Egészségbiztosítási Pénztár” (reģionālajai slimokasei);

**Maltā** – “The Entitlement Unit”, 23 St. John Street, Valletta, CMR02;

**Nīderlandē** – jebkurai kompetentai slimokasei dzīvesvietā; vai pagaidu uzturēšanās gadījumā, “Agis zorgverzekeringen” (vispārējai savstarpējai slimību apdrošināšanas biedrībai), Utrehtā. Ārsta, zobārsta vai farmaceīta palīdzību var saņemt, iepriekš nevēršoties “Agis zorgverzekeringen”;

**Austrijā** – “Gebietskrankenkasse” (reģionālajai slimokasei), kuras kompetencē ir jūsu dzīvesvieta vai uzturēšanās vieta, vai “Allgemeine Unfallversicherungsanstalt” (vispārējās nelaimes gadījumu apdrošināšanas iestādei), Vīnē;

**Polijā** – “Narodowy Fundusz Zdrowia” (valsts veselības fonda) reģionālajai nodaļai, kuras pārziņā ir jūsu uzturēšanās vieta;

**Portugālē** – “Centro Nacional de Protecção contra os Riscos Profissionais” (Valsts centram aizsardzībai pret arodriskiem), Lisabonā;

**Slovēnijā** – “Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS)” (Slovēnijas Veselības apdrošināšanas iestādes) kompetentajam reģionālajam dienestam dzīvesvietā vai uzturēšanās vietā;

**Slovākijā** – “zdravotná poisťovňa” (veselības apdrošināšanas sabiedrībai) pēc personas izvēles;

**Somijā** – “Tapaturmavakuustuslaitosten Liitto” (Nelaimes gadījumus apdrošināšanas iestāžu federācijai);

**Zviedrijā** – “försäkringskassan” (sociālās apdrošināšanas birojam). Medicīnas dienesta palīdzību (slimnīca, ārsts, zobārsts, utt.) var saņemt, iepriekš nevēršoties institūcijā;

**Apvienotajā Karalistē** – medicīnas dienestam (ārsts, zobārsts, slimnīca, u.c.), kas nodrošina ārstēšanu;

**Islandē** – “Tryggingastofrun riskins” (valsts sociālā nodrošinājuma iestādei), Reikjavīkā;

**Lihtenšteinā** – “Amt für Volkswirtschaft” (Tautsaimniecības birojam);

**Norvēģijā** – “lokale trygdekontor” (vietējam apdrošināšanas birojam). Palīdzību var pieprasīt, iepriekš nesazinoties ar institūciju;

**Šveicē** – “Caisse nationale Suisse d’assurance en cas d’accidents — Schweizerische Unfallversicherungsanstalt — Cassa nazionale svizzera di assicurazione in caso di infortunio” (Šveices Valsts nelaimes gadījumu apdrošināšanas fondam), Lucernā. Medicīnas dienesta palīdzību (slimnīca, ārsts, aptiekas, utt.) var saņemt, iepriekš nesazinoties ar institūciju.

## PIEZĪMES

(<sup>1</sup>) Tās valsts apzīmējums, kuras institūciju aizpilda veidlapu: BE = Beļģija, CZ = Čehija, 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>2</sup>) Aizpildīt tikai tad, ja veidlapu izsniedz pēc apdrošinātās personas dzīvesvietas vai uzturēšanās vietas institūcijas pieprasījuma. Ja apdrošinātā persona dodas uz Apvienoto Karalisti, abus veidlapas eksemplārus jānosūta tieši Starptautiskā pensiju centra Pensiju dienesta Darba un pensiju departamentam, Tyneview Park, Newcastle-upon-Tyne.

(<sup>3</sup>) Norādīt pilnu uzvārdu civilstāvokļa secībā.

(<sup>4</sup>) Institūcijas nosaukums un adrese, kurai nosūtīta medicīnas izziņa.



APBEDĪŠANAS PABALSTA PIEPRASĪJUMS

Regulas (EEK) Nr. 1408/71: 65. pants

Regulas (EEK) Nr. 574/72: 78. pants

Lūdzu, aizpildīt šo veidlapu drukātiem burtiem, rakstot tikai uz punktētajām līnijām. Veidlapa sastāv no trim lapām.

1.	Es, apakšā parakstīties(-usies):	
1.1	Uzvārds(-i) <sup>(2)</sup> :	Dzimtais(-ie) uzvārds(-i) ja atšķirīgs(-i):
1.2	Vārds(-i):	Dzimšanas datums:
1.3	Personas identifikācijas numurs:	
1.4	Institūcija, kurā esmu apdrošināts(-a) <sup>(3)</sup> <sup>(4)</sup> :	
1.5	Radniecība ar mirušo personu:	
1.6	Adrese:	

2. Ar šo pieprasu pabalstu sakarā ar šādas personas nāvi<sup>(5)</sup>

3.			
3.1	Uzvārds(-i):	Dzimtais(-ie) uzvārds(-i) ja atšķirīgs(-i):	
3.2	Vārds(-i):	Dzimšanas datums:	
3.3	Personas identifikācijas numurs: .....		
3.4	Miršanas datums: .....		
3.5	Nāves cēlonis:		
	<input type="checkbox"/> slimība	<input type="checkbox"/> nelaiimes gadījums	<input type="checkbox"/> nelaiimes gadījums darbā
	<input type="checkbox"/> arodslimība	<input type="checkbox"/> trešās personas rīcība	<input type="checkbox"/> cits cēlonis
3.6	Institūcija, kurā mirusī persona bija apdrošināta <sup>(3)</sup> <sup>(4)</sup> : .....		

4. Pieprasītājs  bija  nebija mirušās personas apgādībā
5. Mirusī persona  bija  nebija manā apgādībā
6. Mirusī persona  bija  nebija izmitināta par samaksu
- pie pieprasītāja
- uzņēmumā, kura vadītājs, darbinieks vai rezidents ir pieprasītājs<sup>(6)</sup>
7. Pieprasītājs  ir  nav apbedīšanas pakalpojumu sniedzējs vai tā aģents vai pārstāvis<sup>(6)</sup><sup>(7)</sup>
- Pieprasītājs  ir  nav juridiska persona saskaņā ar privāttiesībām, kura, pamatojoties uz apdrošināšanas līgumu, ir segusi visas izmaksas vai daļu no tām<sup>(8)</sup>
8. Apbedīšanas izmaksu summa ir<sup>(8)</sup> ..... ; to samaksāja .....
9. Pievienoti šādi dokumenti: .....



10. Lūdzu pārskaitīt maksājamo summu manā kontā Nr. IBAN .....  
 ..... (BIC/SWIFT kods) .....  
 .....<sup>(9)</sup>
- 11 Datums: .....
- 11.1 Paraksts: .....

### Norādījumi prasītājam

- a) *Lai saņemtu apbedīšanas pabalstu, pieprasījums jāiesniedz, izmantojot šo veidlapu*
- kompetentai apdrošināšanas institūcijai vai
  - apdrošināšanas institūcijai dzīvesvietā, t.i.:
- Beļģijā** – izvēlētajam "mutualité" (vietējai slimokasei);
- Čehijā** – "Úřad práce" (nodarbinātības dienestam) dzīvesvietā vai uzturēšanās vietā;
- Dānijā** – lekšlietu un veselības ministrijai Kopenhāgenā;
- Griekijā** – Sociālās apdrošināšanas pārvaldes (IKA) vietējai nodaļai;
- Spānijā** – "Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social" (Valsts sociālā nodrošinājuma pārvaldes provinces direktorātam) dzīvesvietā
- Francijā** – iestādei, kas nodrošina vai nodrošinātu pabalstus natūrā atbilstoši veselības apdrošināšanai;
- Irījā** – Sociālās labklājības departamentam, Dublinā;
- Itālijā** – INAIL apgabala birojam;
- Latvijā** – "Valsts sociālās apdrošināšanas aģentūrai";
- Lietuvā** – "Savivaldybės socialinės paramos skyrius" (Pašvaldības sociālās palīdzības departamentam) dzīvesvietā vai uzturēšanās vietā;
- Luksemburgā** – "Union des caisses de maladie" (slimokases apvienībai);
- Austrijā** – "Gebietskrankenkasse" (reģionālajai slimokasei), kuras pārziņā ir jūsu dzīvesvieta;
- Polijā** – "Zakład Ubezpieczin Społecznych" (sociālās apdrošināšanas institūcijai — ZUS), birojam, kura pārziņā ar jūsu dzīvesvieta vai uzturēšanās vieta, vai attiecībā uz laukstrādniekiem – kompetentajai reģionālajai nodaļai "Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego" (Sociālais lauksaimniecības apdrošināšanas fondam — KRUS), "Zakład Emerytalno-Rentowy Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji" (lekšlietu un pārvaldes ministrijas pensiju dienestam — sadarbības iestādei īpaša režīma jautājumos);
- Portugālē, Portugāles pamatteritorijā** – "Centro Distrital de Solidariedade e Segurança Social" (Solidaritātes un sociālā nodrošinājuma reģionālajam centram) dzīvesvietā; **Madeirā** – "Centro de Segurança Social da Madeira" (Madeiras Sociālā nodrošinājuma centram), Funšalā; **Azoru salās** – "Centro de Prestações Pecuniárias" (Naudas pabalstu centram) dzīvesvietā;
- Slovēnijā** – "Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS)" (Slovēnijas Veselības apdrošināšanas institūcijai) kompetentajam reģionālajam birojam dzīvesvietā vai uzturēšanās vietā;
- Slovākijā** – "Úrad práce, sociálnych vecí a rodiny" (Darba, sociālo lietu un ģimenes dienestam) mirušās personas dzīvesvietā vai uzturēšanās vietā;
- Somijā** – "Kansaneläkelaitos" (Sociālās apdrošināšanas institūcijai), Helsinkos;
- Zviedrijā** – "försäkringskassan" (sociālās apdrošināšanas birojam) dzīvesvietā vai uzturēšanās vietā;
- Igaunijā** – "Sotsiaalkindlustusamet" (Sociālās apdrošināšanas pārvaldei), Tallinā;
- Islandē** – "Tryggingastofnun riskins" (Valsts sociālā nodrošinājuma pārvaldei) Reikjavīkā;
- Lihtenšteina** – Tautsaimniecības birojam;
- Norvēģijā** – "lokale trygdekontor" (vietējam apdrošināšanas birojam) dzīvesvietā vai uzturēšanās vietā;
- Šveicē** – "Institution commune LAMal- Institutione commune LAMal - Gemeinsame Einrichtung KVG" (kopīgai iestādei saskaņā ar federālo veselības apdrošināšanas aktu) Soloturnā.
- b) *Kopā ar pieprasījumu jāiesniedz šādi dokumenti:*
- Beļģijā:** miršanas apliecības kopija, ko izdevusi pašvaldības iestāde, kvītēti rēķini par apbedīšanas izdevumiem, visi dokumenti, kas apliecina ģimenes attiecības vai laulības attiecības, vai, ja vajadzīgs, kopdzīvi ar mirušo personu;
- Dānijā:** miršanas apliecība, rūpīgi izlasīt "vejledning om ansøgning for begravelseshælp" (norādījumus apbedīšanas apbalsta pieprasīšanai), kurus pēc tam saņemsiet;
- Griekijā:** miršanas apliecība, veselības grāmatiņa un, ja vajadzīgs, kvītēti rēķini par apbedīšanas izdevumiem;
- Spānijā:** miršanas apliecība, apliecība, kas apliecina radniecību, vai kvītēti rēķini par apbedīšanas izdevumiem, ja pieprasītājam nav radniecības ar mirušo personu
- Francijā:** katrā gadījumā apdrošinātās personas miršanas apliecība, papildus, attiecīgā gadījumā:
- ja esat apdrošinātās personas laulātais, "fiche familiale" (ieraksts par ģimeni no reģistra),
  - ja esat mirušās personas pēcnācējs (dēls, meita, mazdēls, utt.), "fiche familiale" (ieraksts par ģimeni no reģistra), kas apliecina radniecību ar mirušo personu;
  - ja esat mirušās personas augšupējs radnieks (vecāks, vecvecāks, utt.), mirušās personas "fiche individuelle" (ieraksts par personu no reģistra);
  - ja bijāt mirušās personas apgādībā jebkādā citā veidā, jūsu apliecinājums, ka bijāt pilnībā, faktiski un pastāvīgi atkarīgs no mirušās personas;

<b>Īrijā:</b>	<i>miršanas apliecība, laulības apliecība, ja vajadzīgs, apbedīšanas uzņēmuma aprēķins vai tāme par apbedīšanas izdevumiem, vai kvīts, ja izdevumi ir apmaksāti;</i>
<b>Itālijā:</b>	<i>miršanas apliecība, apdrošināšanas reģistrācijas dokuments, ja vajadzīgs, deklarācija par ģimenes stāvokli;</i>
<b>Latvijā:</b>	<i>miršanas apliecība;</i>
<b>Lietuvā:</b>	<i>miršanas apliecība;</i>
<b>Luksemburgā:</b>	<i>miršanas apliecība, kvīteti rēķini par apbedīšanas izdevumiem, ja vajadzīgs, pašvaldības iestādes deklarācija, kas apliecina kopdzīvi;</i>
<b>Austrijā:</b>	<i>miršanas apliecība, kvīteti rēķini par apbedīšanas izdevumiem;</i>
<b>Polijā:</b>	<i>miršanas apliecība, rēķinu oriģināli par apbedīšanas izdevumiem, pieprasītāja deklarācija, kas apliecina, ka nav izmaksāti līdzīgi pabalsti;</i>
<b>Portugālē:</b>	<i>miršanas apliecība un kvīteti rēķini par apbedīšanas izdevumiem;</i>
<b>Slovēnijā:</b>	<i>bēru izdevumiem: miršanas apliecība vai izziņa par apdrošinātās personas nāves reģistrāciju, apbedīšanas pakalpojumu izdevumu rēķina kopijas oriģināls; apbedīšanas pabalstam: miršanas apliecība vai ieraksts par apdrošinātās personas nāvi, laulātā nāves gadījumā – laulības apliecība, vecāku nāves gadījumā bērnam jāiesniedz dzimšanas apliecība un apliecība par uzņemšanu skolā vai universitātē (ja vecāks par 18 gadiem); pieprasītājiem, kuri nav apdrošināti kā mirušās personas ģimenes locekļi, jāiesniedz atbilstošs dokuments, kas apstiprina, ka mirušajai personai bija jāuztur pieprasījuma iesniedzēji līdz personas miršanas dienai;</i>
<b>Slovākijā:</b>	<i>miršanas apliecība un kvīteti rēķini par apbedīšanas izdevumiem;</i>
<b>Igaunijā:</b>	<i>miršanas apliecība, ja pieprasītājs ir apbedīšanas biroja īpašnieks, vēstule no tās personas advokāta, kura ir tiesīga saņemt pabalstu, ja nāve iestājusies Igaunijas teritorijā, miršanas apliecībai jāpievieno pabalsta pieprasīšanas dokuments;</i>
<b>Igaunijā:</b>	<i>miršanas apliecība, ja pieprasītājs ir apbedīšanas biroja īpašnieks, vēstule no tās personas advokāta, kura ir tiesīga saņemt pabalstu, ja nāve iestājusies Igaunijas teritorijā, miršanas apliecībai jāpievieno pabalsta pieprasīšanas dokuments;</i>
<b>Somijā:</b>	<i>miršanas apliecība, dokuments, kas apliecina radniecību ar mirušo personu, ja pieprasītājs ir apbedīšanas biroja īpašnieks, vēstule no tās personas advokāta, kurai ir tiesības saņemt pabalstu;</i>
<b>Zviedrijā:</b>	<i>miršanas apliecība, izziņa, kurā norādīts nāves cēlonis;</i>
<b>Lihtenšteina:</b>	<i>miršanas apliecība, izziņa, kurā norādīts nāves cēlonis; kvīteti rēķini par apbedīšanas izdevumiem;</i>
<b>Norvēģijā:</b>	<i>miršanas apliecība.</i>

#### PIEZĪMES

- (<sup>1</sup>) Tās valsts apzīmējums, kuras institūcija aizpilda veidlapu: BE = Beļģija, CZ = Čehija, 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>2</sup>) Norādīt pilnu uzvārdu civilstāvokļa secībā.
- (<sup>3</sup>) Tikai darba ņēmēja, pensionāra vai pensijas pieprasītāja gadījumā.
- (<sup>4</sup>) Norādīt vārdu un adresi.
- (<sup>5</sup>) Portugāles institūcijām aizpildīt pielikumā pievienoto papildu veidlapu.
- (<sup>6</sup>) Aizpildīt, ja pabalstu pieprasa atbilstoši Beļģijas tiesību aktiem, ja pieprasītājs nav mirušās personas laulātais, radnieks vai laulātā radnieks līdz trešajai pakāpei.
- (<sup>7</sup>) Ja pieprasītājs ir apbedīšanas biroja īpašnieks, pieprasot pabalstu atbilstoši Somijas vai Igaunijas tiesību aktiem, jāiesniedz vēstule no tās personas advokāta, kurai ir tiesības saņemt pabalstu.
- (<sup>8</sup>) Norādīt summu pieprasītāja dzīvesvietas valsts valūtā.
- (<sup>9</sup>) Neattiecas uz Īrijas institūcijām

**PAPILDU INFORMĀCIJA  
PORTUGĀLES INSTITŪCIJĀM**

1. Laulātais(-ā)

1.1 Civilstāvoklis

atraitnis/atraitne

jauna laulība

šķīries

1.2 Vai mirusī persona līdz miršanas dienai dzīvoja kopā ar laulāto un laulātais(-ā) bija šīs personas apgādībā?

jā

nē

2. Bērni, kuriem ir tiesības uz ģimenes pabalstiem

	Uzvārds(-i)	Vārds(-i)	Radniecība	Dzimšanas datums	Izglītības līmenis	Bēms invalīds
2.1	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
2.2	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
2.3	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
2.4	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
2.5	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
2.6	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....

**ATSEVIŠKS PĀRSKATS PAR FAKTISKAJIEM IZDEVUMIEM**

Regulas (EEK) Nr. 1408/71: 36. panta 1. un 2. punkts; 63. panta 1. punkts; 87. panta 1. punkts  
Regulas (EEK) Nr. 5574/72: 93. panta 1., 2., 4. un 5. punkts; 105. panta 1. punkts

Katram aprūpes saņēmējam jāaizpilda atsevišķa veidlapa.

Lūdzu, aizpildīt šo veidlapu drukātiem burtiem, rakstot tikai uz punktētajām līnijām. Veidlapa sastāv no trim lapām.

1. Rēķina Nr .....  Pirmais pusgads  Otrais pusgads 20 ..... finanšu gadā .....

2. Kompetentā institūcija, kurai adresēta veidlapa

2.1 Nosaukums: .....

2.2 Institūcijas identifikācijas numurs: .....

2.3 Adrese: .....

3. Aprūpes saņēmējs

3.1 Uzvārds(-i)<sup>(2)</sup>: .....

3.2 Dzimtais(-ie) uzvārds(-i) (ja atšķirīgs(-i): .....

3.3 Vārds(-i): ..... Dzimšanas datums : .....

3.4 Personas identifikācijas numurs<sup>(3)</sup>:  
(a) ko piešķirusi kompetentā institūcija  
.....  
(b) ko piešķirusi kreditoriestāde  
.....

3.5 Apdrošinātā persona ir  
 nodarbināta persona  
 pašnodarbināta persona  
 pierobežas darbinieks (nodarbināts)  
 pierobežas darbinieks (pašnodarbināts)  
 bezdarbnieks

4. Iepriekš minētā persona ir saņēmusi pabalstus,  
pamatojoties uz šādu dokumentu:

4.1  Eiropas Veselības apdrošināšanas karte Nr.: ..... Derīga līdz: .....

sertifikāts, ar ko īslaicīgi aizstāj Eiropas Veselības apdrošināšanas karti Nr.: .....  
(datums): ..... Derīgs no ..... līdz .....

E ..... veidlapa, kas datēta ..... Derīga no ..... līdz .....

4.2 Iepriekš minētajai personai  
veica medicīniskas apskati, kas pieprasīta .....

5.	Izdevumi, kas radušies	Summa <sup>(4)</sup>
5.1	<b>saistībā ar pabalstiem pakalpojumu veidā, kas nodrošināti</b> no ..... līdz .....	.....
	šādu iemeslu dēļ <sup>(5)</sup> <input type="checkbox"/> slimība <input type="checkbox"/> nelaimes gadījums <input type="checkbox"/> nelaimes gadījums darbā vai slimība	
5.2	Ārstniecība	.....
5.3	Zobārstniecība	.....
5.4	Medikamenti	.....
5.5	Hospitalizācija	no ..... līdz .....
	no ..... līdz .....	
5.6	Citi pabalsti <sup>(6)</sup>	.....
5.7	<b>Kopējie pabalsti pakalpojumu veidā</b>	.....
5.8	<b>Medicīniska izmeklēšana<sup>(7)</sup></b>	.....
5.9	<b>saistībā ar naudas pabalstiem, kas nodrošināti</b> no ..... līdz .....	.....
5.10	<b>Kopējie izdevumi</b>	.....

6.	Kredit oriestāde	
6.1	Nosaukums: .....	
6.2	Iestādes identifikācijas numurs: .....	
6.3	Adrese: .....	
6.4	Zīmoga vieta <sup>(8)</sup>	6.5 Datums: .....
		6.6 Paraksts: .....

7.	Aizpilda institūcija kompetentajā valstī
<div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>	

## PIEZĪMES

- (<sup>1</sup>) Tās valsts apzīmējums, kuras institūcija aizpilda veidlapu: BE = Beļģija, CZ = Čehija, 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>2</sup>) Norādīt pilnu uzvārdu civilstāvokļa secībā.
- (<sup>3</sup>) Ja aprūpes saņēmējs ir ģimenes loceklis, kurš reģistrēts, pamatojoties uz E 106 veidlapu, norādīt apdrošinātās personas identifikācijas numuru.
- (<sup>4</sup>) Norādīt summu valsts valūtā.
- (<sup>5</sup>) Ja veidlapu nosūta Šveices institūcijai.
- (<sup>6</sup>) Norādīt pabalstu veidu: dzemdības, zobu protēzes, ortopēdiskās protēzes, ūdens procedūras, neatliekamā palīdzība, papildu diagnostikas līdzekļi, u.c.
- (<sup>7</sup>) Norādīt veikto medicīnas pārbaužu un izmeklēšanas veidu.
- (<sup>8</sup>) Elektroniski nosūtīta un parakstīta veidlapa nav jāapzīmogo.
-



PABALSTU PAKALPOJUMU VEIDĀ KOMPENSĀCIJAS LIKMES

Regulas (EEK) Nr. 11408/71: 22. panta 1. punkta. a) apakšpunkta i) daļa; 22. panta 3. punkts; 22. panta a) apakšpunkts; 31.a pants; 34.a pants;  
Regulas (EEK) Nr. 574/72: 34. pants;

Kompetentajai institūcijai jāaizpilda veidlapas A daļa un divi veidlapas eksemplāri tieši vai ar sadarbības iestādes starpniecību jānosūta tai institūcijai, kurai būtu jānodrošina pabalsti attiecīgajai personai uzturēšanās valstī. Institūcija uzturēšanās vietā aizpilda veidlapas B daļu un nosūta vienu eksemplāru kompetentajai institūcijai.

Lūdzu, aizpildīt šo veidlapu drukātiem burtiem, rakstot tikai uz punktētajām līnijām. To veido trīs lapas.

A. Pieprasījums

1.	Institūcija, kurai adresēta veidlapa ( <sup>2</sup> )
1.1	Nosaukums: .....
1.2	Institūcijas identifikācijas numurs: .....
1.3	Adrese: .....
	.....
	.....

2.	<input type="checkbox"/> Persona, kurai ir tiesības saņemt pabalstu
2.1	Uzvārds(-i) ( <sup>3</sup> ): .....
2.2	Dzimtais(-ie) uzvārds(-i) (ja atšķirīgs(-i)): .....
2.3	Vārds(-i): ..... Dzimšanas datums: .....
	.....
2.4	Personas identifikācijas numurs: .....
2.5	Persona ir/bija:
	<input type="checkbox"/> nodarbināta persona
	<input type="checkbox"/> pašnodarbināta persona
	<input type="checkbox"/> pierobežas darbinieks (nodarbināts)
	<input type="checkbox"/> pierobežas darbinieks (pašnodarbināts)
	<input type="checkbox"/> bezdarbnieks

3. Personas, kurai ir tiesības saņemt pabalstu, ģimenes loceklis, ja šis ģimenes loceklis saņēma aprūpi:
- 3.1 Uzvārds(-i) (<sup>3</sup>): .....
- 3.2 Vārds(-i): ..... Dzimšanas datums: .....
- 3.3 Personas identifikācijas numurs: .....
4. Iepriekš minētā persona
- 4.1 uzturēšanās laikā ..... (valsts)
- 4.2 ..... (pilsēta)
- 4.3 pati maksāja par pabalstiem, kas tai bija nepieciešami .....
5. Lūdzu uz pievienotajām kvītīm katram pabalstam atsevišķi norādīt summu, kas atlīdzināma attiecīgajai personai atbilstoši likmēm, ko ir noteikusi institūcija uzturēšanās vietā. Tikai attiecībā uz Luksemburgu norādīt summu, kas šai personai jāmaksā par ārstēšanu.
6. Pievienotas ..... kvītis.



7.	Kompetentā institūcija		
7.1	Nosaukums: .....		
7.2	Institūcijas identifikācijas numurs: .....		
7.3	Adrese: .....		
7.4	Zīmoga vieta	7.5	Datums: .....
		7.6	Paraksts: .....

**B. Atbilde**

8. Pievienotas ..... kvītis, kurās norādītas pieprasītās likmes

9.  Atlīdzināmā summa .....  Atlīdzība netiek izmaksāta

10.	Piezīmes: .....		
	.....		
	.....		
	.....		

11.	Uzturēšanās vietas institūcija:		
11.1	Nosaukums: .....		
11.2	Institūcijas identifikācijas numurs: .....		
11.3	Adrese: .....		
11.4	Zīmoga vieta	11.5	Datums: .....
		11.6	Paraksts: .....

**PIEZĪMES**

- (<sup>1</sup>) Tās valsts apzīmējums, kuras institūcija aizpilda veidlapu: BE = Beļģija, CZ = Čehija, 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>2</sup>) Ja institūcija, kurai būtu jānodrošina pabalsti pakalpojumu veidā, nav zināma, veidlapu var nosūtīt sadarbības iestādei uzturēšanās valstī, t.i.:

**Beļģijā** – “Institut national d’assurance maladie-invalidité (INAMI)” (Valsts veselības apdrošināšanas iestādei), Briselē;

**Čehijā** – “CMU” (Starptautiskajam atlīdzību centram), Prāgā;

**Dānijā** – “Indenrings- og Sundhedsministeriet” (Iekšlietu un veselības ministrijai), Kopenhāgenā;

**Vācijā** – “DVKA” (Vācijas Sadarbības aģentūrai starptautiskajā veselības apdrošināšanā), Bonnā;

**Igaunijā** “Eesti Haigekassa” (slimokasei);

**Grieķijā** – Sociālās apdrošināšanas pārvaldes (IKA) vietējai nodaļai; jūrmiekiem – Jūrmieku pensiju fondam (NAT);

**Spānijā** – “Instituto Nacional de la Seguridad Social” (Valsts sociālā nodrošinājuma pārvaldei), Madridē;

**Francijā** – Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale (Eiropas un starptautiskās sadarbības centram sociālā nodrošinājuma jomā), Parīzē;

**Īrijā** – Veselības departamentam, Dublinā;

**Itālijā** – “Ministero della Salute” (Veselības ministrijai), Romā;

**Kiprā** – “Υπουργείο Υγείας” (Veselības ministrijai, 1448 Lefkosia).

**Latvijā** – “Veselības obligātās apdrošināšanas valsts aģentūrai”, Rīgā;

**Lietuvā** – “Teritorinė ligonių kasa” (Valsts slimokasei), Viļņā;

**Luksemburgā** – “Union des Caisses de Maladie”, Luksemburgā;

**Ungārijā** – “Országos Egészségbiztosítási Pénztár” (Valsts slimokasei), Budapeštā;

**Maltā** – Veselības ministrijas Tiesību nodaļai, 23, St. John Street, Valletta;

**Nīderlandē**, “Agis Zorgverzekeringen”, Utrehtā;

**Austrijā** – “Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger” (Austrijas Sociālās apdrošināšanas iestāžu galvenajai apvienībai), Vīnē;

**Polijā** – Narodowy Fundusz Zdrowia (Valsts veselības fondam), Varšavā;

**Portugālē** – “Departamento de Relações Internacionais e Convenções de Segurança Social” (Starptautisko attiecību un sociālās drošības konvenciju departamentam), Lisabonā;

**Slovēnijā** – “Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije-Direkcija” (Slovēnijas Veselības apdrošināšanas pārvaldes direktorāts), Ļubjanā;

**Slovākijā** – “Úrad pre dohl’ad nad zdravotnou starostlivosťou”, (Veselības aprūpes uzraudzības iestādei), Bratislavā;

**Somijā** – “Kansaneläkelaitos” (*Sociālās apdrošināšanas institūcijai*), Helsinkos;

**Zviedrijā** – “Riksförsäkringsverket” (*Valsts sociālās apdrošināšanas pārvaldei*), Stokholmā;

**Islandē** – “Tryggingastofrun riskins” (*Valsts sociālā nodrošinājuma pārvaldei*), Reikjavīkā;

**Lihtenšteinā** – “Amt für Volkswirtschaft” (*Tautsaimniecības birojam*), Vaducā;

**Norvēģijā** – “Rikstrygdeverket” (*Valsts apdrošināšanas pārvaldei*), Oslo;

**Šveicē** – “Institution commune LAMal- Instituzione commune LAMal - Gemeinsame Einrichtung KVG” (*Kopīgai iestādei saskaņā ar federālo veselības apdrošināšanas aktu*), Soloturnā.

<sup>(3)</sup> Norādīt pilnu uzvārdu civilstāvokļa secībā.



ATSEVIŠKS PĀRSKATS PAR IKMĒNEŠĀ VIENREIZĒJIEM MAKSĀJUMIEM

Regulas (EEK) Nr. 1408/71: 36. panta 1. un 2. punkts  
Regulas (EEK) Nr. 574/72: 94. pants; 95. pants

Institūcijai dzīvesvietā jānoformē veidlapa par vienu kalendāro gadu un tā jānosūta kompetentajai institūcijai ar tās institūcijas starpniecību, kas norīkota, lai izpildītu Regulas (EEK) Nr. 574/72 102. panta 2. punktu.

Lūdzu, aizpildīt šo veidlapu drukātiem burtiem, rakstot tikai uz punktētajām līnijām. Par katru pensionāru un pensionāra ģimenes locekli jāaizpilda atsevišķa veidlapa.

1.	
Ieraksts Nr. ....	par 20.... gadu ..... (2)

2.	Kompetentā institūcija
2.1	Nosaukums: .....
2.2	Institūcijas identifikācijas numurs: .....
2.3	Adrese: .....
	.....

3.	Tiesības saņemt pabalstus pakalpojumu veidā ir piešķirtas <input type="checkbox"/> nodarbinātai personai <input type="checkbox"/> pensionāram <input type="checkbox"/> pašnodarbinātai personai
3.1	Uzvārds(-i) <sup>(3)</sup> : .....
3.2	Dzimtais(-ie) uzvārds(-i) (ja atšķirīgs(-i)): .....
3.3	Vārds(-i): ..... Dzimšanas datums: .....
3.4	Kompetentās institūcijas piešķirtais personas identifikācijas numurs: .....
3.5	Kreditoriestādes piešķirtais personas identifikācijas numurs: .....

4.	Šis atsevišķais pārskats attiecas uz
4.1	<input type="checkbox"/> 3. ailē minētās personas ģimeni, kas dzīvo pēc šādas adrese: .....
4.2	<input type="checkbox"/> 3. ailē minēto pensionāru, kurš dzīvo pēc šādas adrese: .....
4.3	<input type="checkbox"/> 3. ailē minētā pensionāra ģimenes locekli <input type="checkbox"/> 3. ailē minētās personas ģimenes locekli <sup>(4)</sup>
4.3.1	Uzvārds(-i) <sup>(3)</sup> : .....
4.3.2	Vārds(-i): ..... Dzimšanas datums: .....
4.3.3	Adrese: .....
4.3.4	Kompetentās institūcijas piešķirtais personas identifikācijas numurs: .....
4.3.5	Kreditoriestādes piešķirtais personas identifikācijas numurs: .....

5. Tiesības saņemt pabalstus pakalpojumu veidā ir iepriekš minētā darba ņēmēja ģimenes locekļiem vai iepriekš minētajam pensionāram un viņa ģimenes locekļiem, ko apliecina jūsu iesniegtā

E ..... veidlapa, kas datēta ..... (datums)

6. Par laikposmu, kurā bija šīs tiesības

(no ..... līdz .....),

6.1 ikmēneša vienreizējo maksājumu skaits .....

- 6.2  ģimenei neatkarīgi no ģimenes locekļu skaita un atbilstoši vienai tarifa likmei;  
 pensionāram vai viņa ģimenes locekļiem – E-veidlapa par katru personu un, piemērojot tādu pašu tarifa likmi pensionāram, kā arī viņa ģimenes locekļiem;  
 personai <sup>(4)</sup>.

7. Kreditoriestāde

7.1 Nosaukums: .....

7.2 Iestādes identifikācijas numurs: .....

7.3 Adrese: .....

7.4 Zīmoga vieta <sup>(5)</sup> 7.5 Datums: .....

7.6 Paraksts: .....

**PIEZĪMES**

(1) Tās valsts apzīmējums, kuras institūcija aizpilda veidlapu: BE = Beļģija, CZ = Čehija, 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.

(2) Norādīt pilnu uzvārdu civilstāvokļa secībā.

(3) Norādīt gadu, kurā tika izmaksāti pabalsti.

(4) Īpašas vienreizējo maksājumu shēmas gadījumā.

(5) Elektroniski nosūtīta un parakstīta veidlapa nav jāapzīmogo.