

Name und Vorname der kindergeldberechtigten Person

Kindergeld-Nr.

|  |  |  |  |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  | F | K |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|



**Familienkasse**

von der kindergeldberechtigten Person auszufüllen

## Ärztliche Bescheinigung über das Vorliegen einer Behinderung

### 1 Angaben zum Kind

Name

Vorname

Geburtsdatum

### 2 Angaben zur Behinderung

- Bei dem unter **1** genannten Kind liegt eine Behinderung vor.
- Die Behinderung liegt seit  vor.
- Die Behinderung schränkt die Erwerbsfähigkeit / Ausbildungsfähigkeit des Kindes ein.
- Bei dem unter **1** genannten Kind liegt keine Behinderung vor.

Die Angaben sind nach der geltenden Dienstanweisung Kindergeld (DA-KG) spätestens alle zwölf Monate erneut durch den Arzt / die Ärztin zu bestätigen bzw. zu erneuern.

Bitte beachten Sie:

Die Angaben dienen der steuerrechtlichen Beurteilung, ob ein gesetzlich geregelter Kindergeldanspruch gegeben ist. Diese Beurteilung nimmt die zuständige Familienkasse in ihrer Funktion als Bundesfinanzbehörde wahr. Die Angaben sind wahrheitsgetreu zu machen.

#### Hinweis zum Datenschutz:

Die Daten werden aufgrund und zum Zweck der §§ 31, 62 bis 78 Einkommensteuergesetz und der Regelungen der Abgabenordnung bzw. aufgrund des Bundeskindergeldgesetzes und des Sozialgesetzbuches verarbeitet. Nähere Informationen zu Ihren Rechten im Rahmen der Erhebung von personenbezogenen Daten nach Artikel 13 und 14 der Datenschutz-Grundverordnung erhalten Sie im Internet auf der Seite Ihrer Familienkasse, auf der auch die Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten bereitgestellt sind.

Ort, Datum

Unterschrift des behandelnden Arztes / der behandelnden Ärztin

Adresse, Telefonnummer des Arztes / der Ärztin  
(ggf. Praxisstempel)