

Name und Vorname der kindergeldberechtigten Person									
Kindergeld-Nr.									
				F	K				



von der kindergeldberechtigten Person auszufüllen

# Ärztliche Bescheinigung über unbedingt erforderliche Betreuungsleistungen

## 1 Angaben zum Kind

Name	Vorname	Geburtsdatum
------	---------	--------------

## 2 Angaben zu den unbedingt erforderlichen Betreuungsleistungen

Betreuungsleistungen sind aufgrund der Behinderung des Kindes in folgendem Umfang unbedingt erforderlich (siehe Hinweise):

Stundenangaben zu den Betreuungsleistungen	Angabe gültig für den Zeitraum	
	von – bis	dauerhaft ab
Stunden pro <input type="checkbox"/> Tag <input type="checkbox"/> Woche <input type="checkbox"/> Monat		
Stunden pro <input type="checkbox"/> Tag <input type="checkbox"/> Woche <input type="checkbox"/> Monat		
Stunden pro <input type="checkbox"/> Tag <input type="checkbox"/> Woche <input type="checkbox"/> Monat		

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 (zu finden unter [www.familienkasse.de](http://www.familienkasse.de)), 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)
--

BUS

© Land Niedersachsen - Zentrale Formulierserviceestelle  
KGFAMKA-026-DE-FL - Vordruck: Bundesagentur für Arbeit - KG 4k - Stand September 2019

## **Hinweise zu unbedingt erforderlichen Betreuungsleistungen**

Mit unbedingt erforderlichen Betreuungsleistungen ist der zeitliche Aufwand gemeint, der aufgebracht werden muss, um das Kind mit Behinderung tatsächlich zu betreuen bzw. zu pflegen.

Zu den Betreuungsleistungen zählen beispielsweise:

- Unterstützung bei der Körperpflege (z. B. Waschen, Kämmen, Zähneputzen, Nägel schneiden)
- Unterstützung bei der Ernährung (z. B. Essen, Trinken, Nahrungszubereitung usw.)
- Unterstützung bei der Mobilität (z. B. Aufstehen, Zubettgehen, Treppensteigen, Toilettengang, An- und Auskleiden)
- Unterstützung bei der Kommunikation
- Unterstützung im gesundheitlichen Bereich (z. B. Einteilung und Einnahme von Medikamenten, Hilfe bei krankengymnastischen Bewegungsübungen, Einstellung medizinischer Geräte usw.)