

| |
|--|
| Familienname und Vorname der kindergeldberechtigten Person |
| Kindergeld-Nr. |



von der kindergeldberechtigten Person auszufüllen

Ärztliche Bescheinigung über die Notwendigkeit der ständigen Begleitung

für Zeitraum ab
von bis

1 Angaben zum Kind

| | | |
|--------------|---------|--------------|
| Familienname | Vorname | Geburtsdatum |
|--------------|---------|--------------|

2 Angaben über die Notwendigkeit einer ständigen Begleitung aufgrund der Behinderung

Infolge der Behinderung des Kindes ist eine ständige Begleitung notwendig.

Ja von / ab bis

Nein von / ab bis

Eine Stellungnahme ist nicht möglich.

Die Angaben sind nach der geltenden Dienstanweisung Kindergeld (DA-KG) spätestens alle 12 Monate erneut durch den Arzt / die Ärztin zu bestätigen bzw. zu erneuern.

Bitte beachten Sie:

Der Arzt / die Ärztin kann für seine/ihre unter Punkt 2 abgegebene Beurteilung weder belangt noch in Regress genommen werden. Die Angaben dienen ausschließlich 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 gemäß der §§ 31, 62 bis 78 Einkommensteuergesetz und der Regelungen der Abgabenordnung bzw. aufgrund des Bundeskindergeldgesetzes und des Sozialgesetzbuches verarbeitet. Zweck der Verarbeitung der Daten ist die Prüfung des Anspruchs auf Kindergeld. Nähere Informationen über die Verarbeitung personenbezogener Daten durch die Familienkasse erhalten Sie im Internet auf der Seite der zuständigen Familienkasse (zu finden unter www.arbeitsagentur.de/datenschutz-familienkasse), auf der auch die Kontaktdaten der/des Datenschutzbeauftragten bereitgestellt sind. Kindergeldakten werden in der Regel nach dem Ende der Kindergeldzahlung noch für 6 Jahre aufbewahrt.

| |
|------------|
| Ort, Datum |
|------------|

| |
|--|
| Unterschrift des behandelnden Arztes / der behandelnden Ärztin |
|--|

| |
|---|
| Adresse, Telefonnummer der Praxis (ggf. Praxisstempel) |
|---|