Familienname und Vorname der kindergeldberechtigten Person Kindergeld-Nr.			lienkasse agen tagsüber unter Nr.:		
Erklärung zu den Verhältnissen eines volljährigen Kindes mit Behinderur	ng	Beachten Sie bitte di das Merkblatt Kinderg	ie anhängenden Hinweise und geld.		
zum Antrag auf Kindergeld zur Überprüfung der Kindergeld-Festsetzung					
rür Zeiträume ab bis					
1 Angaben zur Person des Kindes	/orname		Geburtsdatum		
Familienstand: ledig seit		in eingetragener Lebenspa geschieden	artnerschaft lebend dauernd getrennt lebend		
2 Vorliegen der Behinderung					
Ich füge folgende aktuelle Nachweise (Kopien) bei:					
einen vom Versorgungsamt durch Feststellungs (GdB) von mindestens 50	bescheid oder Schwerbe	chindertenausweis festges	tellten Grad der Behinderung		
oder					
einen vom Versorgungsamt durch Feststellungsb 50, aber mindestens 20	escheid (oder entspreche	ende Bescheinigung) festg	estellten GdB von weniger als		
oder	I" 6' ' I D0				
Bescheid über die Einstufung als schwerstpflegek	peauritig in den Pflegestuf	ren 4 oder 5			
Öder Ärztliches Gutachten / Attest (Formular KG 4i)					
Mussbestandteile ärztlicher Nachweise: 1. Vorliegen einer Behinderung durch die Bezeich 2. Aussage über den Beginn der Behinderung 3. Aussage zur Auswirkung der Behinderung auf d Gültigkeit: Ärztliche Nachweise sind längstens ein Jahr gültig	die Erwerbsfähigkeit des k	Kindes	ert werden.		
Ich kann keinen Nachweis vorlegen, weil					

ch füge folgende aktuelle Nachweise (Kopien) bei. Im Ausweis über die Eigenschaft als schwerbehinderter Mensch ist das Merkmal "H" (hilflos) eingetragen oder im Feststellun bescheid ist festgestellt, dass die Voraussetzungen für das Merkmal "H" (hilflos) vorliegen. Das Kind ist in einer Werkstatt für Menschen mit Behinderung oder einer Tagesförderstätte untergebracht. Das Kind bezieht Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem SGB XII (Kapitel 4). Dem Kind wurde eine volle Erwerbsminderungsrente bewilligt oder die dauerhafte volle Erwerbsminderung nach § 45 SGB XII wu festgestellt. Der Grad der Behinderung beträgt mindestens 50 und das Kind wird für einen Beruf ausgebildet. 4 Angaben zum Aufenthalt des Kindes Mein Kind lebt in meinem Haushalt (eine andere Unterbringungsmöglichkeit steht nicht durchgehend zur Verfügung) in einer eigenen Wohnung, deren Kosten nicht von dritter Seite getragen werden in einer vollstationären oder vergleichbaren Einrichtung. Name/Bezeichnung: Anschrift: Grund: Ich werde / mein Kind wird vom Kostenträger zu einem Kostenbeitrag herangezogen. Eine Kopie des Bescheids habe ich beigefügt. Der Bescheid ist bestandskräftig wurde von mir / meinem Kind angefochten Verfahrensgegenstand (bitte erläutern)	3 Umfang der Behind	derung		
bescheid ist festgestellt, dass die Voraussetzungen für das Merkmal "H" (hilflos) vorliegen. Das Kind ist in einer Werkstatt für Menschen mit Behinderung oder einer Tagesförderstätte untergebracht. Das Kind bezieht Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem SGB XII (Kapitel 4). Dem Kind wurde eine volle Erwerbsminderungsrente bewilligt oder die dauerhafte volle Erwerbsminderung nach § 45 SGB XII wu festgestellt. Der Grad der Behinderung beträgt mindestens 50 und das Kind wird für einen Beruf ausgebildet. 4 Angaben zum Aufenthalt des Kindes Mein Kind lebt seit / von – bis in meinem Haushalt (eine andere Unterbringungsmöglichkeit steht nicht durchgehend zur Verfügung) in einer eigenen Wohnung, deren Kosten nicht von dritter Seite getragen werden in einer vollstationären oder vergleichbaren Einrichtung. Name/Bezeichnung: Anschrift: Grund: Kostenträger: Ich werde / mein Kind wird vom Kostenträger zu einem Kostenbeitrag herangezogen. Eine Kopie des Bescheids habe ich beigefügt. Der Bescheid ist bestandskräftig wurde von mir / meinem Kind angefochten	ch füge folgende aktuelle	Nachweise <u>(Kopien)</u> bei.		
Das Kind bezieht Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem SGB XII (Kapitel 4). Dem Kind wurde eine volle Erwerbsminderungsrente bewilligt oder die dauerhafte volle Erwerbsminderung nach § 45 SGB XII wurdestgestellt. Der Grad der Behinderung beträgt mindestens 50 und das Kind wird für einen Beruf ausgebildet. Angaben zum Aufenthalt des Kindes Mein Kind lebt seit / von – bis in meinem Haushalt (eine andere Unterbringungsmöglichkeit steht nicht durchgehend zur Verfügung) in einer eigenen Wohnung, deren Kosten nicht von dritter Seite getragen werden in einer vollstationären oder vergleichbaren Einrichtung. Name/Bezeichnung: Anschrift: Grund: Kostenträger: Ich werde / mein Kind wird vom Kostenträger zu einem Kostenbeitrag herangezogen. Eine Kopie des Bescheids habe ich beigefügt. Der Bescheid ist bestandskräftig wurde von mir / meinem Kind angefochten				os) eingetragen oder im Feststellungs-
Dem Kind wurde eine volle Erwerbsminderungsrente bewilligt oder die dauerhafte volle Erwerbsminderung nach § 45 SGB XII wurdestgestellt. Der Grad der Behinderung beträgt mindestens 50 und das Kind wird für einen Beruf ausgebildet. 4 Angaben zum Aufenthalt des Kindes Wein Kind lebt seit / von – bis in meinem Haushalt (eine andere Unterbringungsmöglichkeit steht nicht durchgehend zur Verfügung) in einer eigenen Wohnung, deren Kosten nicht von dritter Seite getragen werden in einer vollstationären oder vergleichbaren Einrichtung. Name/Bezeichnung: Anschrift: Grund: Kostenträger: Ich werde / mein Kind wird vom Kostenträger zu einem Kostenbeitrag herangezogen. Eine Kopie des Bescheids habe ich beigefügt. Der Bescheid ist bestandskräftig wurde von mir / meinem Kind angefochten	Das Kind ist in einer W	erkstatt für Menschen mit Behinde	rung oder einer Tagesförderstätte unter	rgebracht.
festgestellt. Der Grad der Behinderung beträgt mindestens 50 und das Kind wird für einen Beruf ausgebildet. # Angaben zum Aufenthalt des Kindes Mein Kind lebt seit / von – bis in meinem Haushalt (eine andere Unterbringungsmöglichkeit steht nicht durchgehend zur Verfügung) in einer eigenen Wohnung, deren Kosten nicht von dritter Seite getragen werden in einer vollstationären oder vergleichbaren Einrichtung. Name/Bezeichnung: Anschrift: Grund: Kostenträger: Ich werde / mein Kind wird vom Kostenträger zu einem Kostenbeitrag herangezogen. Eine Kopie des Bescheids habe ich beigefügt. Der Bescheid ist bestandskräftig wurde von mir / meinem Kind angefochten	Das Kind bezieht Leist	ungen der Grundsicherung im Alte	r und bei Erwerbsminderung nach dem	SGB XII (Kapitel 4).
Angaben zum Aufenthalt des Kindes Mein Kind lebt seit / von – bis in meinem Haushalt (eine andere Unterbringungsmöglichkeit steht nicht durchgehend zur Verfügung) in einer eigenen Wohnung, deren Kosten nicht von dritter Seite getragen werden in einer vollstationären oder vergleichbaren Einrichtung. Name/Bezeichnung: Anschrift: Grund: Kostenträger: Ich werde / mein Kind wird vom Kostenträger zu einem Kostenbeitrag herangezogen. Eine Kopie des Bescheids habe ich beigefügt. Der Bescheid ist bestandskräftig wurde von mir / meinem Kind angefochten		volle Erwerbsminderungsrente be	willigt oder die dauerhafte volle Erwerb	osminderung nach § 45 SGB XII wurde
Mein Kind lebt in meinem Haushalt (eine andere Unterbringungsmöglichkeit steht nicht durchgehend zur Verfügung) in einer eigenen Wohnung, deren Kosten nicht von dritter Seite getragen werden in einer vollstationären oder vergleichbaren Einrichtung. Name/Bezeichnung: Anschrift: Grund: Kostenträger: Ich werde / mein Kind wird vom Kostenträger zu einem Kostenbeitrag herangezogen. Eine Kople des Bescheids habe ich beigefügt. Der Bescheid ist bestandskräftig wurde von mir / meinem Kind angefochten	Der Grad der Behinder	rung beträgt mindestens 50 und da	s Kind wird für einen Beruf ausgebildet.	
Mein Kind lebt in meinem Haushalt (eine andere Unterbringungsmöglichkeit steht nicht durchgehend zur Verfügung) in einer eigenen Wohnung, deren Kosten nicht von dritter Seite getragen werden in einer vollstationären oder vergleichbaren Einrichtung. Name/Bezeichnung: Anschrift: Grund: Kostenträger: Ich werde / mein Kind wird vom Kostenträger zu einem Kostenbeitrag herangezogen. Eine Kopie des Bescheids habe ich beigefügt. Der Bescheid ist bestandskräftig wurde von mir / meinem Kind angefochten				
in meinem Haushalt (eine andere Unterbringungsmöglichkeit steht nicht durchgehend zur Verfügung) in einer eigenen Wohnung, deren Kosten nicht von dritter Seite getragen werden in einer vollstationären oder vergleichbaren Einrichtung. Name/Bezeichnung: Anschrift: Grund: Kostenträger: Ich werde / mein Kind wird vom Kostenträger zu einem Kostenbeitrag herangezogen. Eine Kopie des Bescheids habe ich beigefügt. Der Bescheid ist bestandskräftig wurde von mir / meinem Kind angefochten	Angaben zum Aufe	enthalt des Kindes		
in einer eigenen Wohnung, deren Kosten nicht von dritter Seite getragen werden in einer vollstationären oder vergleichbaren Einrichtung. Name/Bezeichnung: Anschrift: Grund: Kostenträger: Ich werde / mein Kind wird vom Kostenträger zu einem Kostenbeitrag herangezogen. Eine Kopie des Bescheids habe ich beigefügt. Der Bescheid ist bestandskräftig wurde von mir / meinem Kind angefochten	Mein Kind lebt			seit / von – bis
in einer vollstationären oder vergleichbaren Einrichtung. Name/Bezeichnung: Anschrift: Grund: Kostenträger: Ich werde / mein Kind wird vom Kostenträger zu einem Kostenbeitrag herangezogen. Eine Kopie des Bescheids habe ich beigefügt. Der Bescheid ist bestandskräftig wurde von mir / meinem Kind angefochten	in meinem Haushalt (ei	ne andere Unterbringungsmöglich	keit steht <u>nicht durchgehend</u> zur Verfü	ügung)
Name/Bezeichnung: Anschrift: Grund: Kostenträger: Ich werde / mein Kind wird vom Kostenträger zu einem Kostenbeitrag herangezogen. Eine Kopie des Bescheids habe ich beigefügt. Der Bescheid ist bestandskräftig wurde von mir / meinem Kind angefochten	in einer eigenen Wohn	ung, deren Kosten nicht von dritte	r Seite getragen werden	
Name/Bezeichnung: Anschrift: Grund: Kostenträger: Ich werde / mein Kind wird vom Kostenträger zu einem Kostenbeitrag herangezogen. Eine Kopie des Bescheids habe ich beigefügt. Der Bescheid ist bestandskräftig wurde von mir / meinem Kind angefochten	in einer vollstationären	oder vergleichbaren Einrichtung.		
Anschrift: Grund: Kostenträger: Ich werde / mein Kind wird vom Kostenträger zu einem Kostenbeitrag herangezogen. Eine Kopie des Bescheids habe ich beigefügt. Der Bescheid ist bestandskräftig wurde von mir / meinem Kind angefochten				
Grund: Kostenträger: Ich werde / mein Kind wird vom Kostenträger zu einem Kostenbeitrag herangezogen. Eine Kopie des Bescheids habe ich beigefügt. Der Bescheid ist bestandskräftig wurde von mir / meinem Kind angefochten	Name/Bezeichnung:			
Kostenträger: Ich werde / mein Kind wird vom Kostenträger zu einem Kostenbeitrag herangezogen. Eine Kopie des Bescheids habe ich beigefügt. Der Bescheid ist bestandskräftig wurde von mir / meinem Kind angefochten	Anschrift:			
Ich werde / mein Kind wird vom Kostenträger zu einem Kostenbeitrag herangezogen. Eine Kopie des Bescheids habe ich beigefügt. Der Bescheid ist bestandskräftig wurde von mir / meinem Kind angefochten	Grund:			
Eine Kopie des Bescheids habe ich beigefügt. Der Bescheid ist bestandskräftig wurde von mir / meinem Kind angefochten	Kostenträger:			
, and the second		ist bestandskräftig		
Verfahrensgegenstand (bitte erläutern)				
		Verfahrensgegenstand (bitte erla	itern)	
Ergänzende Angaben zu den Einkommensverhältnissen des Kindes	5 Fraänzende Angeh	an zu dan Einkommonsverh	ältnissan das Kindas	
Das verfügbare Nettoeinkommen des Kindes ist im Vordruck KG 4f erklärt.				
Das vertugbate Nettoenikonimen des Kindes ist im Vordrück NO 41 erklart.	Das veriagbare rection	mikommen des kindes ist im vord	dek No 41 cikiart.	
nwais zum Datanschutz:	undeskindergeldgesetzes undergeld. Nähere Informatiatenschutz-Grundverordnurww.arbeitsagentur.de/daten	nd des Sozialgesetzbuches vera onen über die Verarbeitung Ihrer ng erhalten Sie im Int schutz-familienkasse), auf der	rbeitet. Zweck der Verarbeitung der D Daten durch die Familienkasse und zu ernet auf der Seite Ihrer auch die Kontaktdaten der/des Dat	laten ist die Prüfung Ihres Anspruchs u Ihren Rechten nach Artikel 13 bis 22 Familienkasse (zu finden unenschutzbeauftragten bereitgestellt
re Daten werden gemäß der §§ 31, 62 bis 78 Einkommensteuergesetz und der Regelungen der Abgabenordnung bzw. aufgrur undeskindergeldgesetzes und des Sozialgesetzbuches verarbeitet. Zweck der Verarbeitung der Daten ist die Prüfung Ihres Anspruc indergeld. Nähere Informationen über die Verarbeitung Ihrer Daten durch die Familienkasse und zu Ihren Rechten nach Artikel 13 bis atenschutz-Grundverordnung erhalten Sie im Internet auf der Seite Ihrer Familienkasse (zu finden ww.arbeitsagentur.de/datenschutz-familienkasse), auf der auch die Kontaktdaten der/des Datenschutzbeauftragten bereitgestellt				
re Daten werden gemäß der §§ 31, 62 bis 78 Einkommensteuergesetz und der Regelungen der Abgabenordnung bzw. aufgrur undeskindergeldgesetzes und des Sozialgesetzbuches verarbeitet. Zweck der Verarbeitung der Daten ist die Prüfung Ihres Anspruc indergeld. Nähere Informationen über die Verarbeitung Ihrer Daten durch die Familienkasse und zu Ihren Rechten nach Artikel 13 bis				

Hinweise zur Erklärung zu den Verhältnissen eines volljährigen Kindes mit Behinderung

Menschen mit Behinderung sind Menschen, die körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, die sie in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate hindern können. Eine Beeinträchtigung nach dem SGB IX liegt vor, wenn Körper- und Gesundheitszustand von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht (§ 2 Abs. 1 Satz 1 und 2 SGB IX).

Krankheiten, deren Verlauf sich auf eine im Voraus abschätzbare Dauer beschränkt, insbesondere akute Erkrankungen, sind **keine** Behinderung.

Für die Prüfung Ihres Antrags kann es wichtig sein, ob Ihr Kind "vollstationär" untergebracht ist oder nicht. Ihr Kind ist vollstationär oder auf vergleichbare Weise untergebracht, wenn es nicht bei Ihnen lebt, sondern anderweitig auf Kosten eines Sozialleistungsträgers untergebracht ist (Heim-/Heil-/Pflegeeinrichtung, "betreutes Wohnen" oder eigene Wohnung, die durch SGB XII-Leistungen finanziert wird; nicht z. B. bei Betreuung in einer Werkstatt für behinderte Menschen bei täglicher Rückkehr in Ihren Haushalt). Wenn der Platz in der Einrichtung für Menschen mit Behinderung durchgehend zur Verfügung steht, ist es ohne Bedeutung, ob Sie Ihr Kind zeitweise (z. B. am Wochenende oder in den Ferien) nach Hause holen.

Die Behinderung muss schon vor Vollendung des 25. Lebensjahres vorgelegen haben. Bei Kindern, die bis einschließlich 1981 geboren sind, muss die Behinderung vor Vollendung des 27. Lebensjahres eingetreten sein. Bei Kindern, die nach 1981 geboren sind, muss die Behinderung vor Vollendung des 25. Lebensjahres eingetreten sein. Bitte weisen Sie die Behinderung in geeigneter Form nach (siehe Punkt 2).

Ist Ihr Kind wegen seiner Behinderung **außerstande**, **sich selbst zu unterhalten** - d. h. ist die Behinderung nach Art und Umfang ursächlich dafür, dass Ihr Kind keine Erwerbstätigkeit ausüben kann, die ihm die Deckung seines Lebensbedarfs ermöglicht - besteht bei Vorliegen auch der sonstigen Voraussetzungen ohne altersmäßige Begrenzung Anspruch auf Kindergeld.

Für die Frage, ob Ihr Kind wegen seiner Behinderung außerstande ist, sich selbst zu unterhalten, kommt es auch darauf an, ob Ihrem Kind Einnahmen zur Deckung des Lebensunterhalts zufließen. Diese Einnahmen erklären Sie bitte vollständig im **Vordruck KG 4f.**