

Name und Vorname der kindergeldberechtigten Person	Kindergeld-Nr. / Geschäftszeichen / Personalnummer
--	--

Bitte zurücksenden an:

Ärztliche Bescheinigung über die Notwendigkeit der ständigen Begleitung

für Zeitraum von/ab

_____ bis _____

1 Angaben zum Kind

Name, Vorname

Geburtsdatum

2 Angaben zur Notwendigkeit einer ständigen Begleitung aufgrund der Behinderung

<p>Infolge der Behinderung der o. g. Person ist eine ständige Begleitung notwendig:</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, von/ab _____ bis _____</p> <p><input type="checkbox"/> Nein, von/ab _____ bis _____</p> <p><input type="checkbox"/> Eine Stellungnahme ist nicht möglich.</p>

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:

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.

Datum _____

Adresse, Telefonnummer der Praxis (ggf. Praxisstempel)

 Unterschrift des behandelnden Arztes/der behandelnden Ärztin