

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

Familienkasse

Bitte zurücksenden an:

Erklärung für ein erkranktes Kind

(von dem volljährigen Kind auszufüllen)

1 Angaben zum Kind

Name	Vorname
Geburtsdatum	

2 Angaben zu der Erkrankung

Die jetzige Erkrankung, wodurch die Ausbildung, die Ausbildungsplatzsuche oder die Arbeitslosmeldung unterbrochen wurde, ist am _____ (Tag/Monat/Jahr) eingetreten.
(Bitte Attest des behandelnden Arztes/der behandelnden Ärztin beifügen, z. B. auf der Rückseite dieser Erklärung.)

Die Ausbildung (auch Schule oder Studium) wurde aufgrund der Erkrankung im _____ (Monat/Jahr) abgebrochen.
(Bitte Nachweise beifügen, z. B. Bescheinigung über das Ende des Schulbesuchs, Exmatrikulationsbescheinigung, Aufhebung des Vertrages über die Ausbildung.)

Sobald mein Gesundheitszustand es zulässt, beabsichtige ich,

- mich bei der Arbeitsvermittlung der Bundesagentur für Arbeit/des Jobcenters arbeitssuchend/arbeitslos zu melden.
- mich zum nächstmöglichen Beginn um einen Ausbildungsplatz (auch Schule oder Studium) zu bewerben.
- die durch die Erkrankung unterbrochene Ausbildung zum nächstmöglichen Zeitpunkt fortzusetzen bzw. zu wiederholen.
(Bitte Nachweis über das weitere Fortbestehen des Ausbildungsverhältnisses beifügen, z. B. aktuelle Semester- oder Schulbescheinigung oder eine aktuelle Bestätigung des Ausbildungsbetriebes, dass die rechtliche Bindung zum Ausbildungsbetrieb weiterhin besteht.)

Ich weiß noch nicht, was ich nach dem Ende der Erkrankung beabsichtige.

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 und Unterschrift des volljährigen Kindes

Datum und Unterschrift der kindergeldberechtigten Person bzw. der gesetzlichen Vertretung

Ärztliche Bescheinigung über die Erkrankung

alle sechs Monate zu erneuern

1 Angaben zu der Erkrankung

Das Kind _____ (Name, Vorname), geboren am _____

ist seit dem _____ (Tag/Monat/Jahr) erkrankt. ¹

Die Erkrankung endet voraussichtlich im _____ (Monat/Jahr), bzw. zu diesem Zeitpunkt kann sich das Kind wieder arbeitssuchend/arbeitslos melden, um einen Ausbildungsplatz bemühen oder eine Ausbildung fortführen/aufnehmen.

Das Ende der Erkrankung ist nicht absehbar (im Hinblick darauf, dass das Kind in der Lage ist sich wieder arbeitssuchend/arbeitslos zu melden, sich um einen Ausbildungsplatz zu bemühen oder eine Ausbildung aufzunehmen/fortzusetzen).

Die Angaben sind nach der geltenden Dienstanweisung Kindergeld (DA-KG) spätestens alle sechs Monate erneut durch den behandelnden Arzt/die behandelnde 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

¹ Hier ist das Datum einzutragen, ab dem das Kind (auch wenn Vorerkrankungen vorliegen) aktuell wegen der jetzigen Gesundheitsstörung nicht in der Lage ist, seine Ausbildung fortzusetzen, einen Ausbildungsplatz zu suchen bzw. sich wieder arbeitssuchend/arbeitslos zu melden