

Familienname und Vorname der kindergeldberechtigten Person
Kindergeld-Nr.



**Familienkasse**

von der kindergeldberechtigten Person auszufüllen

## Ärztliche Bescheinigung über das Vorliegen einer Behinderung

### 1 Angaben zum Kind

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

### 2 Angaben zur Behinderung

Bei dem unter **1** genannten Kind liegt eine Behinderung vor.  
 Die Behinderung liegt seit \_\_\_\_\_ (Monat/Jahr) vor.  
 Die Behinderung schränkt die Erwerbstätigkeit/Ausbildungsfähigkeit des Kindes ein.  
 Bei dem unter **1** genannten Kind liegt **keine** Behinderung vor.

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

#### 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 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.

Datum

Adresse, Telefonnummer der Praxis (ggf. Praxisstempel)

.....  
Unterschrift des behandelnden Arztes/der behandelnden Ärztin

