

Name und Vorname der kindergeldberechtigten Person	
Kindergeld-Nr.	
	F K



**Familienkasse**

# Ärztliche Bescheinigung über die Notwendigkeit der ständigen Begleitung

für Zeiträume ab .....  
von ..... bis .....

## 1 Angaben zum Kind

Name	Vorname
Geburtsdatum	

## 2 Angaben über die Notwendigkeit einer ständigen Begleitung aufgrund der Behinderung

Infolge der Behinderung der o. g. Person ist eine ständige Begleitung notwendig:

Ja, ab/von ..... bis .....

Nein, ab/von ..... bis .....

Eine Stellungnahme ist nicht möglich.

Die Angaben sind nach der geltenden Dienstanweisung Kindergeld (DA-KG) spätestens alle zwölf 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.

Datum .....

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

Adresse, Telefonnummer der Praxis (ggf. Praxisstempel)

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 erhoben, verarbeitet und genutzt.