

Name und Vorname der kindergeldberechtigten Person	Personalnummer/AG
--	-------------------

Ärztliche Bescheinigung über das Vorliegen einer Behinderung

**Landesamt für Besoldung und Versorgung
Baden-Württemberg
Familienkasse
70730 Fellbach**

1 Angaben zum Kind

Name, Vorname
Geburtsdatum

2 Angaben zur Behinderung

<input type="checkbox"/> Bei dem unter 1 genannten Kind liegt eine Behinderung vor. <input type="checkbox"/> Die Behinderung liegt seit _____ (Monat/Jahr) vor. <input type="checkbox"/> Die Behinderung schränkt die Erwerbsfähigkeit/Ausbildungsfähigkeit des Kindes ein. <input type="checkbox"/> Bei dem unter Punkt 1 genannten Kind liegt keine Behinderung vor.

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 steuerlichen 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.

LBV KG4i – 10/18

_____ Datum

_____ (Unterschrift des behandelnden Arztes/der behandelnden Ärztin)

Adresse, Telefonnummer der Praxis (ggf. Praxisstempel)
--