

Name und Vorname der kindergeldberechtigten Person											
Kindergeld-Nr. <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td>F</td><td>K</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>				F	K						
			F	K							



von der kindergeldberechtigten Person auszufüllen

Ärztliche Bescheinigung zum möglichen Umfang der Erwerbstätigkeit

für Zeitraum ab
 von bis

1 Angaben zum Kind

Name	Vorname	Geburtsdatum
------	---------	--------------

2 Angaben über den möglichen Umfang der Erwerbstätigkeit

Das Kind ist in der Lage, eine arbeitslosenversicherungspflichtige, mindestens 15 Stunden wöchentlich umfassende Beschäftigung unter den üblichen Bedingungen des in Betracht kommenden Arbeitsmarktes auszuüben:

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.

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), auf der auch die Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten bereitgestellt sind.

Datum

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

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