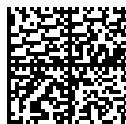


| | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|---|---|--|--|--|--|
| Name und Vorname des/der Kindergeldberechtigten | | | | | | | | | |
| Kindergeld-Nr. | | | | | | | | | |
| | | | | F | K | | | | |
| Steuer-ID | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |



Erklärung zu den verfügbaren finanziellen Mitteln eines über 18 Jahre alten Kindes mit Behinderung

Name und Vorname meines Kindes:

geboren am:

Familienstand: ledig | seit verheiratet eingetragene Lebenspartnerschaft
 verwitwet geschieden dauernd getrennt lebend

1. Aufenthalt meines Kindes:

- Mein Kind lebt in meinem Haushalt.
- Mein Kind lebt in einem Heim/ einer Kranken- oder Pflegeeinrichtung. Es ist
 - vollstationär untergebracht.
 - teilstationär untergebracht und erhält von der Einrichtung täglich folgende Verpflegung:
 - Frühstück Mittagessen Abendessen
- Mein Kind lebt in einem eigenen Haushalt.

2. Nachweis der Behinderung meines Kindes:

Art und Umfang der Behinderung geht aus folgenden beigefügten Unterlagen hervor:

- Schwerbehindertenausweis in Kopie
-

Die Behinderung meines Kindes liegt vor seit

Hinweis: Bei erstmaliger Beantragung von Kindergeld für ein über 25 Jahre altes behindertes Kind ist der genaue Zeitpunkt des Eintritts der Behinderung durch geeignete Unterlagen nachzuweisen, da die Behinderung schon vor Vollendung des 25. Lebensjahres vorgelegen haben muss.

3. Verfügbare finanzielle Mittel meines Kindes:

- Mein Kind verfügt über keinerlei finanzielle Mittel.
- Mein Kind verfügt über folgende finanzielle Mittel:
 - Leistungen der Kranken-, Renten- oder Unfallversicherung oder nach beamten- bzw. soldatenrechtlichen Vorschriften: ja nein
Wenn ja, bitte angeben:
Art der Leistung:
von bis monatl./jährl. EUR
 - Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz: ja nein
Wenn ja, bitte angeben:
Art der Leistung:
von bis monatl./jährl. EUR
 - Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch, Zwölftes Buch: ja nein
(z.B. Eingliederungshilfe, Hilfe zum Lebensunterhalt)
Wenn ja, bitte angeben:
Art der Leistung:
von bis monatl./jährl. EUR
 - Der Sozialhilfeträger verlangt von mir einen Kostenbeitrag zu seinen Aufwendungen: ja nein
Wenn ja, bitte angeben:
Betrag monatlich: Euro
Der Bescheid des Sozialhilfeträgers ist beigefügt.
 - Leistungen für einen behinderungsbedingten Mehrbedarf aus der Pflegeversicherung bzw. vom Sozialhilfeträger: ja nein
Wenn ja, bitte angeben:
Art der Leistung:
von bis monatl./jährl. EUR

- Lohn bzw. Gehalt: ja nein
 (brutto einschließlich Lohnzuschlägen und Arbeitsförderungsgeld)
 Wenn ja, bitte angeben:
 von bis monatl./jährl. EUR
 - Arbeitslosengeld, Arbeitslosengeld II, Übergangsgeld, Ausbildungsgeld ja nein
 bzw. andere Leistungen von einer Agentur für Arbeit bzw. einem
 Jobcenter sowie Wohngeld:
 Wenn ja, bitte angeben:
 Art der Leistung:
 Träger:
 Kunden-Nr./AZ:
 - Einnahmen aus Kapitalvermögen bzw. Einnahmen aus Vermietung und ja nein
 Verpachtung:
 Wenn ja, bitte angeben:
 Art der Einnahmen:
 von bis jährlich EUR
 - Sonstige Einnahmen (z. B. auch Steuererstattungen): ja nein
 Wenn ja, bitte angeben:
 Art der Einnahmen:
 von bis monatl./jährl. EUR
 - Einnahmen meines Kindes werden direkt an den zuständigen Träger ja nein
 ausgezahlt:
 Wenn ja, bitte angeben:
 Art der Einnahmen:
 von bis monatl./jährl. EUR
- Meinem Kind entstehen wegen seiner Behinderung Fahrtkosten: ja nein
 Wenn ja, bitte angeben:
- | | | |
|---|--------|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel | Kosten | monatl./jährl. EUR |
| <input type="checkbox"/> Benutzung nichtöffentlicher Verkehrsmittel | Kosten | monatl./jährl. EUR |
| Art des Verkehrsmittels: | | |
| tatsächliche Fahrleistung in km | | |
- Mein Kind erhält Zuschüsse zu den Fahrtkosten: ja nein
 Wenn ja, bitte angeben: Betrag monatl./jährl. EUR
- Meinem Kind entstehen sonstige Werbungskosten: ja nein
 Wenn ja, bitte angeben:
 Art der Werbungskosten: Betrag monatl./jährl. EUR
 Art der Werbungskosten: Betrag monatl./jährl. EUR
- Meinem Kind entstehen unvermeidbare Vorsorgeaufwendungen: ja nein
 (z. B. Beiträge zu einer Basiskranken- und Pflegeversicherung)
 Wenn ja, bitte angeben: Betrag monatl./jährl. EUR
- Mein Kind führt ab:
- Steuern (Steuervorauszahlungen und –nachzahlungen, ja nein
 Steuerabzugsbeträge)
 Wenn ja, bitte angeben: Betrag monatl./jährl. EUR
 - Gesetzliche Sozialabgaben ja nein
 Wenn ja, bitte angeben: Betrag monatl./jährl. EUR

4. Ergänzende Angaben

.....

Hinweis nach dem Bundesdatenschutzgesetz: 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.

Ich versichere, dass ich alle Angaben wahrheitsgetreu gemacht habe. Mir ist bekannt, dass Veränderungen gegenüber den gemachten Angaben unverzüglich der zuständigen Familienkasse anzuzeigen sind.

.....
 (Ort, Datum)

.....
 (Unterschrift des/der Berechtigten)