

Familienkasse	Name, Vorname des Kindergeldberechtigten
	Geschäftszeichen / Ordnungsnummer / Kindergeldnummer

(Bitte bei allen Schreiben an die Familienkasse angeben)

Anlage

zum Antrag auf Kindergeld zur Überprüfung der Kindergeld-Festsetzung
für ein volljähriges behindertes Kind für das Kalenderjahr

Betragsangaben mache ich in	<input type="checkbox"/> DM	<input type="checkbox"/> EURO (ab 2002)
-----------------------------	-----------------------------	---

1. Angaben zur Person des Kindes	
Mein Kind (Name, Vorname)	geboren am
ist <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet	seit
<input type="checkbox"/> soll nicht als behindertes Kind, sondern vorrangig berücksichtigt werden, weil es <input type="checkbox"/> arbeitslos gemeldet ist bei Arbeitsamt <input type="checkbox"/> in Berufsausbildung steht zum/zur <input type="checkbox"/> an einer Maßnahme zur beruflichen Rehabilitation teilnimmt (bitte erläutern) <input type="checkbox"/> sich im Eingangs-Trainingsbereich einer Behinderten-Werkstatt befindet <u>Unterlagen über Art und Dauer der Maßnahmen habe ich beigefügt</u> (weitere Angaben zu Punkten 2 – 5 sind nicht erforderlich, s. Hinweise)	seit / von - bis

2. Angaben zu Art und Umfang der Behinderung		
Behindert seit	<input type="checkbox"/> auf Dauer	<input type="checkbox"/> bis voraussichtlich
Grad der Behinderung	Merkzeichen/Merkmal	Pflegestufe
<input type="checkbox"/> Ich füge folgende <u>aktuelle</u> Nachweise bei (<u>Kopien</u>): <input type="checkbox"/> Ausweis nach dem Schwerbehindertengesetz <input type="checkbox"/> Bescheid/Bescheinigung der für die Durchführung des Bundesversorgungsgesetzes zuständigen Behörde <input type="checkbox"/> Feststellungsbescheid des Versorgungsamtes <input type="checkbox"/> Rentenbescheid des zuständigen Rentenversicherungsträgers (bei Rente aufgrund der Behinderung) <input type="checkbox"/> Bescheid über die Einstufung als Schwerstpflegebedürftiger in Pflegestufe III <input type="checkbox"/> Bescheid über eine Mehrfachanrechnung gemäß § 10 Abs.1 des Schwerbehindertengesetzes <input type="checkbox"/> Gutachten/Attest (zur Abgrenzung Erkrankung – Behinderung bzw. zur voraussichtlichen Dauer einer Erkrankung) <input type="checkbox"/> Sonstiges:..... <input type="checkbox"/> Ich kann keine Nachweise vorlegen, weil		

3. Angaben zum Aufenthalt des Kindes (s. Hinweise)	
Mein Kind wohnt	seit / von - bis
<input type="checkbox"/> in meinem Haushalt (andere Unterbringungsmöglkt. steht <u>nicht durchgehend</u> zur Verfügung) <input type="checkbox"/> in einer eigenen Wohnung, deren Kosten <u>nicht</u> von dritter Seite getragen werden <input type="checkbox"/> vollstationär oder vergleichbar in Anschrift: Grund: Kostenträger: <input type="checkbox"/> Ich wurde vom Kostenträger zu einem Kostenbeitrag herangezogen. <u>Eine Kopie des Bescheids habe ich beigefügt.</u> Der Bescheid <input type="checkbox"/> ist bestandskräftig <input type="checkbox"/> wurde von mir angefochten; Verfahrensstand (bitte erläutern):	

4. Angaben zu Tätigkeiten des Kindes		
<input type="checkbox"/> erlernter Beruf	<input type="checkbox"/> ausgeübt im Umfang (bitte erläutern)	seit / von - bis
<input type="checkbox"/> befindet sich im Arbeitsbereich einer Behinderten-Werkstatt		
<input type="checkbox"/> Sonstiges :		

5. Ergänzende Angaben zu Einkommens-/Vermögensverhältnissen des Kindes	
<input type="checkbox"/> Einkünfte/Bezüge meines Kindes (einschließlich Renten) habe ich in <u>Vordruck KG 7a</u> erklärt	-----
<input type="checkbox"/> Von Einkünften/Bezügen aus wurden vom Sozialleistungsträger abgezweigt/übergeleitet	Betrag
<input type="checkbox"/> Mein Kind hat den folgenden <u>behinderungsbedingten Mehrbedarf</u> (Angaben <u>nur erforderlich</u> bzgl. Mehrbedarfs, der <u>neben</u> oder <u>anstelle</u> des Behindertenpauschbetrags nachgewiesen wird - s. Hinweise) <u>Art</u> (bitte erläutern): <input type="checkbox"/> Für diesen Mehrbedarf erhält mein Kind folgende <u>Leistungen Dritter</u> (Bsp.: Pflegegeld, Eingliederungshilfe; soweit nicht in Vordruck KG 7a erfasst) <u>Art</u> (bitte erläutern): Nachweise habe ich beigefügt (z.B. amtsärztliches Attest zur Erforderlichkeit von zusätzlichen – über die durch Pflegegeld abgedeckten Leistungen hinausgehenden – persönlichen Betreuungsleistungen)	
<input type="checkbox"/> Mein Kind erhält die folgenden sonstigen Leistungen Dritter (soweit nicht in KG 7a erfasst) <u>Art/Leistungszweck</u> (bitte erläutern):	
<input type="checkbox"/> Mein Kind verfügt über folgendes <u>eigenes Vermögen</u> (z.B. Bargeld, Sparguthaben, Wertpapiere, Immobilien) <u>Art</u> (bitte erläutern):	
Ich versichere, dass alle Angaben richtig und vollständig sind. Mir ist bekannt, dass Veränderungen gegenüber den gemachten Angaben unverzüglich der Familienkasse anzuzeigen sind.	
(Ort und Datum)	(Unterschrift des Antragstellers)

Hinweise:

Ihre Familienkasse hat zunächst zu prüfen, ob Ihr Kind wegen Berufsausbildung oder wegen fehlenden Ausbildungs- / Arbeitsplatzes berücksichtigt werden kann. Ist dies der Fall (s. Pkt.1), brauchen Sie **keine weiteren Angaben** zu Pkt.2-5 zu machen. Ihnen steht es jedoch frei, vorrangig die Voraussetzungen für eine Berücksichtigung als behindertes Kind nachzuweisen.

Behinderungen im Sinne des § 32 Abs. 4 Nr. 3 EStG sind von der Norm abweichende körperliche, geistige oder seelische Zustände, die sich erfahrungsgemäß über einen längeren Zeitraum erstrecken und deren Ende nicht absehbar ist. **Nicht** zu den Behinderungen zählen Krankheiten, deren Verlauf sich auf eine im voraus abschätzbare Dauer beschränkt, insbesondere akute Erkrankungen.

Wichtig für die Prüfung Ihres Antrags ist die Frage, ob Ihr Kind „vollstationär“ untergebracht ist oder nicht. Ihr Kind ist vollstationär oder auf vergleichbare Weise untergebracht, wenn es nicht bei Ihnen lebt, sondern anderweitig **auf Kosten eines Dritten** untergebracht ist (Heim-/Heil-/Pflegeeinrichtung, „betreutes Wohnen“, eigene Wohnung; nicht z.B. bei Betreuung in einer Behinderten-Werkstatt bei täglicher Rückkehr in Ihren Haushalt). Wenn der Platz in der **Unterbringung durchgehend zur Verfügung steht**, ist es ohne Bedeutung, ob Sie Ihr Kind zeitweise (z.B. am Wochenende oder in den Ferien) nach Hause holen.

Die Behinderung muss schon **vor Vollendung des 27. Lebensjahrs** vorgelegen haben. Bitte weisen Sie die Behinderung in geeigneter Form nach (s. Pkt.2).

Ist Ihr Kind wegen seiner Behinderung **außerstande, sich selbst zu unterhalten** – d.h. ist die Behinderung nach Art und Umfang ursächlich dafür, dass Ihr Kind keine Erwerbstätigkeit ausüben kann, die ihm die Deckung seines Lebensbedarfs ermöglicht – besteht bei Vorliegen auch der sonstigen Voraussetzungen ohne altersmäßige Begrenzung Anspruch auf Kindergeld.

Für die Frage, ob Ihr Kind wegen seiner Behinderung außerstande ist, sich selbst zu unterhalten, kommt es auch darauf an, ob Ihrem Kind von dritter Seite Einkünfte oder Bezüge zur Deckung des Lebensunterhalts zufließen und ob eigene Vermögenswerte anzurechnen sind. Die Einkünfte und Bezüge Ihres Kindes erklären Sie bitte im Vordruck KG 7a. Um einige ergänzende Angaben bitte ich Sie in Pkt.5 dieses Vordrucks.

Stehen Ihrem Kind im Kalenderjahr eigene/fremde Mittel in Höhe von insgesamt nicht mehr als **14.040 DM** (für 2002: 7.188 Euro; 2000: 13.500 DM) zur Verfügung, die zur Bestreitung seines Lebensunterhalts bestimmt oder geeignet sind, wird davon ausgegangen, dass es außerstande ist, sich selbst zu unterhalten. **Behinderungsbedingter Mehrbedarf** Ihres Kindes wird **zusätzlich** berücksichtigt. Bei **nicht vollstationärer** Unterbringung erfolgt die Berücksichtigung ggf. **pauschal** in Anlehnung an den Behinderten-Pauschbetrag gemäß § 33b Abs.3 EStG; **daneben** sind entstandene Fahrtkosten sowie über den durch Dritte anerkannten und gedeckten Pflegebedarf hinausgehende, durch amtsärztliches Attest bestätigte persönliche Betreuungsleistungen der Eltern abzugsfähig. Bei **vollstationärer** Unterbringung erfolgt die Berücksichtigung **stattdessen** über den **Einzelnachweis** des Mehrbedarfs (Kosten der Unterbringung, Pflegebedarf, sonstiger Bedarf).

Bitte weisen Sie den sämtlichen behinderungsbedingten Mehrbedarf anhand von **Belegen** nach.

Für ggf. erforderliche zusätzliche Angaben fügen Sie bitte ein **Beiblatt** an.