

Name und Vorname der kindergeldberechtigten Person

Kindergeld-Nr.
 _____ F _____ K _____



Familienkasse

Telefonische Rückfrage tagsüber unter Nr.:

Beachten Sie bitte die anhängenden Hinweise und das Merkblatt Kindergeld.

Erklärung
zum verfügbaren Nettoeinkommen
eines volljährigen Kindes mit Behinderung
zum Antrag auf Kindergeld
zur Überprüfung der Kindergeldfestsetzung

für das abgelaufene Kalenderjahr und/oder
 für das laufende Kalenderjahr (Prognose)

1 Angaben zum Kind

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Familienstand: ledig | seit _____ verheiratet | in eingetragener Lebenspartnerschaft lebend
 verwitwet | geschieden | dauernd getrennt lebend

2 Einkünfte / steuerfreie Einnahmen

Das o. g. Kind hatte/hat keine eigenen Einkünfte bzw. steuerfreien Einnahmen.

Das o. g. Kind hatte/hat nachfolgende Einkünfte bzw. steuerfreie Einnahmen.
 (bitte die **Punkte 3. bis 13. vollständig** ausfüllen; ggf. **0,00 Euro eintragen oder streichen**)

| 3 Jahreseinnahmen aus nichtselbständiger Arbeit | Kalenderjahr | Prognose |
|--|---------------------|-----------------|
| 3.1 Bruttoarbeitslohn | Euro | Euro |
| abzgl. Werbungskosten (Nachweise beifügen) (nur, wenn über 1.000 Euro im Kalenderjahr) | Euro | Euro |
| 3.2 Versorgungsbezüge (z. B. Hinterbliebenenrente nach Beamtenrecht) | Euro | Euro |
| Monat/Jahr des Versorgungsbeginns | (MM/JJJJ) | (MM/JJJJ) |
| abzgl. Werbungskosten (Nachweise beifügen) (nur, wenn über 102 Euro im Kalenderjahr) | Euro | Euro |

| 4 Bruttorente (z. B. gesetzliche und private Renten) | Kalenderjahr | Prognose |
|--|---------------------|-----------------|
| (im ganzen Kalenderjahr) | Euro | Euro |
| Monat/Jahr des Rentenbeginns | (MM/JJJJ) | (MM/JJJJ) |
| abzgl. Werbungskosten (Nachweise beifügen) (nur, wenn über 102 Euro im Kalenderjahr) | Euro | Euro |

| | | | |
|----------|--|---------------------|-----------------|
| 5 | Betriebseinnahmen aus selbständiger Arbeit, Land- und Forstwirtschaft, Gewerbebetrieb (im ganzen Kalenderjahr) | Kalenderjahr | Prognose |
| | | Euro | Euro |
| | Betriebsausgaben | Euro | Euro |

| | | | |
|----------|---|---------------------|-----------------|
| 6 | Einnahmen aus Vermietung und Verpachtung (im ganzen Kalenderjahr) | Kalenderjahr | Prognose |
| | | Euro | Euro |
| | Werbungskosten (im ganzen Kalenderjahr) | Euro | Euro |

| | | | |
|----------|--|---------------------|-----------------|
| 7 | Einnahmen aus Kapitalvermögen (im ganzen Kalenderjahr) | Kalenderjahr | Prognose |
| | | Euro | Euro |

| | | | |
|----------|---|---------------------|-----------------|
| 8 | Sonstige Einnahmen i. S. d. § 22 EStG (z. B. private Veräußerungsgeschäfte) | Kalenderjahr | Prognose |
| | | Euro | Euro |
| | Art der Einnahmen: | Euro | Euro |
| | Werbungskosten (im ganzen Kalenderjahr) | Euro | Euro |

| | | | |
|----------|---|---------------------|-----------------|
| 9 | Steuerfreie Einnahmen (z. B. Blindengeld, Pflegegeld, SGB-Leistungen wie Eingliederungshilfe, Sozialhilfe, Wohngeld usw.) | Kalenderjahr | Prognose |
| | | Euro | Euro |
| | Art der Einnahmen: | Euro | Euro |

Beantragte Leistungen / Sonstige Erläuterungen

Sofern ein Anspruch auf Eingliederungshilfe nach dem SGB XII besteht, bitte ausfüllen:

Folgende Mahlzeiten werden dem Kind in der Einrichtung, für welche die Eingliederungshilfe gezahlt wird, täglich angeboten und vom Kind tatsächlich eingenommen:

- Frühstück
- Mittagessen
- Abendessen

| | | | |
|-----------|--|---------------------|-----------------|
| 10 | Arbeitnehmeranteil zur gesetzlichen Sozialversicherung und vergleichbare private Aufwendungen | Kalenderjahr | Prognose |
| | | Euro | Euro |
| | Höhe etwaiger Beitragsrückerstattung | Euro | Euro |

| | | |
|----------------------------|---------------------|-----------------|
| 11 Gezahlte Steuern | Kalenderjahr | Prognose |
| | Euro | Euro |

| | | |
|------------------------------|---------------------|-----------------|
| 12 Steuererstattungen | Kalenderjahr | Prognose |
| | Euro | Euro |

| | | |
|---|---------------------|-----------------|
| 13 Leistungen Dritter (z. B. Ehegattenunterhalt, Geldgeschenke) | Kalenderjahr | Prognose |
| | Euro | Euro |
| Art der Einnahmen: | Euro | Euro |
| Art der Einnahmen: | Euro | Euro |

| | | |
|---|---------------------|-----------------|
| 14 Behinderungsbedingter Mehrbedarf Mein Kind hat den folgenden behinderungsbedingten Mehrbedarf (Angaben nur erforderlich bzgl. Mehrbedarf, der neben oder anstelle des Pauschbetrags für behinderte Menschen nachgewiesen wird, siehe Hinweise); Art (bitte erläutern) | Kalenderjahr | Prognose |
| | Euro | Euro |
| Art des Mehrbedarfs: | Euro | Euro |
| Art des Mehrbedarfs: | Euro | Euro |
| Art des Mehrbedarfs: | Euro | Euro |
| Art des Mehrbedarfs: | Euro | Euro |
| Nachweise zum Mehrbedarf sind beizufügen (z. B. ärztliches oder amtsärztliches Attest zur Erforderlichkeit von zusätzlichen – über die durch Pflegegeld abgedeckten Leistungen hinausgehenden – persönlichen Betreuungsleistungen; bitte füllen Sie hierzu Formular KG 4k aus) | | |

Nachweise

Bescheinigungen über Dauer und Höhe von Einnahmen und Werbungskosten sowie Tätigkeitsnachweise habe ich beigelegt.

Folgende Nachweise reiche ich noch ein:

.....

Wir versichern, dass unsere Angaben vollständig sind und der Wahrheit entsprechen. Uns ist bekannt, dass wir alle Änderungen, die für den Anspruch auf Kindergeld von Bedeutung sind, unverzüglich der Familienkasse mitzuteilen haben. Den Inhalt des Merkblattes Kindergeld (zu finden unter www.bzst.de oder www.familienkasse.de) haben wir zur Kenntnis genommen.

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

.....
 Unterschrift der kindergeldberechtigten Person bzw. der gesetzlichen Vertretung

Datum

.....
 Unterschrift des volljährigen Kindes

Hinweise zur Erklärung zum verfügbaren Nettoeinkommen eines volljährigen Kindes mit Behinderung

Zu **2**: Einkünfte / steuerfreie Einnahmen

Bitte legen Sie Einkommensnachweise für alle Monate vor, in denen Ihr Kind eine Beschäftigung ausgeübt bzw. Einnahmen erzielt hat. Anzugeben sind auch Beträge, auf die Ihr Kind verzichtet hat.

Zu **3**: Jahreseinnahmen aus nichtselbständiger Arbeit

Ist bzw. war Ihr Kind als Arbeitnehmer beschäftigt, weisen Sie bitte die monatlich erzielten Einnahmen durch Lohn- bzw. Gehaltsabrechnungen oder eine Bescheinigung des Arbeitgebers nach. Für das abgelaufene Kalenderjahr reichen Sie bitte eine Kopie der Jahreslohnsteuerbescheinigung sowie die Lohn- bzw. Gehaltsabrechnung für den Monat Dezember ein. Aus den Nachweisen müssen das Bruttoarbeitsentgelt einschließlich eventueller Sonderzuwendungen (insbesondere Weihnachtsgeld, Urlaubsgeld) sowie vermögenswirksame Arbeitgeberleistungen ersichtlich sein. Werbungskosten müssen Sie nur bei Überschreiten der einschlägigen Pauschbeträge (für nichtselbständige Arbeit: 1.000 Euro) nachweisen.

Zu **4**: Bruttorente

Geben Sie bitte alle Einnahmen im ganzen Kalenderjahr, z. B. (Halb)Waisen-, Erwerbsunfähigkeits-, Hinterbliebenenrente aus der gesetzlichen Rentenversicherung (einschließlich Eigenanteil zur Kranken- und Pflegeversicherung sowie Zuschüsse des Versicherungsträgers) sowie Einnahmen aus privaten Renten an. Weisen Sie diese Einnahmen durch Bewilligungsbescheid, Bescheinigung über Dauer und Höhe der Leistung oder Ähnliches nach.

Zu **5** und **6**: Einnahmen aus selbständiger Arbeit, Land- und Forstwirtschaft, Gewerbebetrieb und Einnahmen aus Vermietung und Verpachtung

Einkünfte aus gewerblicher, land- und forstwirtschaftlicher oder selbständiger Tätigkeit Ihres Kindes weisen Sie bitte durch geeignete Unterlagen nach. Dies gilt auch für Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung. Außerdem ist anzugeben, um welche Art von gewerblicher usw. Tätigkeit es sich handelt.

Zu **7**: Einnahmen aus Kapitalvermögen

Zu den Einnahmen aus Kapitalvermögen (z. B. Zinserträge, Dividenden) gehören solche, die im Kalenderjahr fällig wurden, auch wenn die Gutschrift erst nach Ablauf des Kalenderjahres erfolgte.

Zu **9**: Steuerfreie Einnahmen

Geben Sie bitte die Jahreseinnahmen, u. a. Pflegegeld, Blindengeld, SGB-Leistungen, Lohnersatzleistungen (z. B. Kranken-, Mutterschafts-, Arbeitslosengeld I/II), Berufsausbildungsbeihilfen, Sozialgeld, Elterngeld für ein Kindeskind, Wohngeld, BAföG (soweit kein Darlehen), steuerfreie Zuschläge für Sonntags-, Feiertags- und Nachtarbeit, Renten aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz an. Gleiches gilt für pauschal versteuerten Arbeitslohn nach den §§ 40, 40a EStG (z. B. geringfügige Beschäftigung, auch "Minijob"). Weisen Sie diese Einnahmen durch Bewilligungsbescheid, Bescheinigung über Dauer und Höhe der Leistung oder Ähnliches nach.

Wurden für Ihr Kind entsprechende Leistungen beantragt und steht eine Entscheidung noch aus, geben Sie bitte den Namen der Behörde, welche Leistung beantragt wurde, sowie Aktenzeichen und Datum des Antrags an.

Zu **10**: Arbeitnehmeranteil zur gesetzlichen Sozialversicherung und vergleichbare private Aufwendungen

Die Arbeitnehmeranteile zur gesetzlichen Sozialversicherung sind Aufwendungen für die Pflichtbeiträge zur Kranken-, Pflege-, Renten- und Arbeitslosenversicherung. Vergleichbare private Aufwendungen sind die freiwilligen Beiträge zu einer gesetzlichen Krankenversicherung oder Beiträge zu einer privaten Krankenversicherung sowie die auf die Pflegeversicherung entfallenden Beträge, soweit die genannten Aufwendungen durch die (Mindest-) Vorsorge entstehen und dadurch unvermeidbar sind. Die abziehbaren Aufwendungen sind anhand geeigneter Unterlagen nachzuweisen (Lohnsteuerbescheinigung oder Lohnabrechnung, Kopie der Versicherungspolice). Rückerstattungen von abziehbaren Beiträgen, z. B. im Folgejahr für das vorangegangene Kalenderjahr, sind grundsätzlich im Jahr des Zuflusses als Einnahme anzusetzen.

Zu **13**: Leistungen Dritter

Geldgeschenke sind nicht als Leistungen Dritter zu berücksichtigen, soweit sie von Personen geleistet werden, bei denen das Kind berücksichtigt werden kann.

Zu **14**: Behinderungsbedingter Mehrbedarf

Stehen Ihrem Kind im Kalenderjahr eigene/fremde Mittel in Höhe von insgesamt nicht mehr als z. B. 8.820 Euro (Grundfreibetrag nach § 32a Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 EStG für das Kalenderjahr 2017; 9.000 € für das Kalenderjahr 2018) zur Verfügung, die zur Bestreitung seines Lebensunterhalts bestimmt oder geeignet sind, wird davon ausgegangen, dass es außerstande ist, sich selbst zu unterhalten.

Ein **behinderungsbedingter Mehrbedarf** Ihres Kindes wird **zusätzlich** berücksichtigt. Der behinderungsbedingte Mehrbedarf kann **pauschal** in Anlehnung an den Pauschbetrag für behinderte Menschen gemäß § 33b Abs. 3 EStG angesetzt werden. Ein **höherer** behinderungsbedingter Mehrbedarf **kann** nachgewiesen werden.

Zur Ermittlung des behinderungsbedingten Mehrbedarfs für **vollstationäre Unterbringung** ist regelmäßig ein **Einzelnachweis** erforderlich (Kosten der Unterbringung, Pflegebedarf, sonstiger Bedarf).

Bitte weisen Sie sämtlichen behinderungsbedingten Mehrbedarf anhand von Belegen nach.

Bei **teilstationärer** Unterbringung des Kindes ist für die Pflege und Betreuung im elterlichen Haushalt, **neben dem Einzelnachweis** (Werkstatt für behinderte Menschen), mindestens der Pauschbetrag für behinderte Menschen anzusetzen.

Neben dem Pauschbetrag oder Einzelnachweis kann weiterer behinderungsbedingter Mehrbedarf für tatsächlich aufgrund der Behinderung notwendige Aufwendungen abgezogen werden, z. B.

- Fahrtkosten ab einem GdB von 70 mit Merkzeichen G oder ab einem GdB von mind. 80,
- tatsächlich nachgewiesene Kosten einer Begleitperson anlässlich einer Urlaubsreise (sofern die Notwendigkeit ständiger Begleitung nachgewiesen ist),
- über das Pflegegeld hinausgehende, durch ärztliches oder amtsärztliches Attest bestätigte **unbedingt erforderliche** Betreuungsleistungen (Formular KG 4k) sowie
- für alle übrigen durch die Behinderung bedingten Aufwendungen (z. B. Operationskosten, Heilbehandlungen, Kuren, Arzt- und Arzneikosten).