

Bitte senden Sie diesen **Fragebogen**, die **Beurteilungsgrundlage**, die **datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung** und die **vorhandenen ärztlichen Befunde für das Kind**, das **auftraggebende Schreiben der Familienkasse** und die **datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung für den Antragsteller** per Mail an gs-ag.gsr@muenchen.de oder per Post an das:

Gesundheitsreferat
GSR-GS-AG -Ärztliche Gutachten
Schwanthalerstr. 69
80336 München

Antragsteller*in	
Name, Vorname	
Vollständige Anschrift (Hauptwohnsitz)	
Telefonnummer	
E-Mail-Adresse	

Kind	
Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Vollständige Anschrift (Hauptwohnsitz)	
Telefonnummer	
E-Mail-Adresse	

Für welchen Zeitraum machen Sie die Fortzahlung des Kindergeldes geltend?

**Medizinische Unterlagen mit Angaben über die zugrunde liegenden Erkrankungen sowie das auftraggebende Schreiben der Familienkasse sind beizulegen.
Vorsorglich machen wir darauf aufmerksam, dass nur vollständige Unterlagen bearbeitet werden können.**

Mit der Übernahme der Kosten (Kostenrahmen 70,00 € – 120,00 €) bin ich einverstanden.

Datum, Unterschrift Antragsteller*in