





|          |  |   |                          |                          |   |                          |                          |                              |                          |                          |   |                          |  |                          |  |
|----------|--|---|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--|--------------------------|--|
| <b>5</b> | <b>Angaben zur Berücksichtigung von Kindern. Bitte Nachweis beifügen!</b>  |   |                          |                          |   |                          |                          |                              |                          |                          |   |                          |  |                          |  |
| 5.1      | Für folgende Kinder wird mir, meinem Ehegatten / eingetragenen Lebenspartner (LP) oder einer anderen Person (z. B. dem früheren Ehegatten, dem Vater/der Mutter meines Kindes, den Stief-, Groß- oder Pflegeeltern) Kindergeld nach dem Einkommensteuergesetz oder dem Bundeskindergeldgesetz oder eine ähnliche Leistung gewährt oder ist diese Leistung beantragt: |   |                          |                          |   |                          |                          |                              |                          |                          |   |                          |  |                          |  |
|          | Lfd. Nr.   | Familienname und Vorname<br>(in der Reihenfolge der Geburt mit dem ältesten Kind beginnend)   |                          |                          | Geboren am                                    |                          |                          | Kindschafts-<br>verhältnis   |                          |                          | Leistung<br>wird gewährt   ist beantragt  |                          | Anschrift (Straße/Platz Nr., Postleitzahl, Ort). Nur auszufüllen, wenn das Kind dem Haushalt des Mitteilenden nicht angehört oder anderweitig untergebracht ist. |                          |  |
|          | 1  |   |                          |                          |   |                          |                          |                              |                          |                          | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |  |                          |  |
|          | 2  |   |                          |                          |   |                          |                          |                              |                          |                          | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |  |                          |  |
|          | 3  |   |                          |                          |   |                          |                          |                              |                          |                          | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |  |                          |  |
|          | 4  |   |                          |                          |   |                          |                          |                              |                          |                          | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |  |                          |  |
| 5.2      | Zu lfd. Nr.  | Das Kindergeld oder eine ähnliche Leistung erhält (erhalten) / beantragt (beantragen) folgende Person(en):  |                          |                          |   |                          |                          |                              |                          |                          |   |                          |  |                          |  |
|          |  | Ich selbst  |                          |                          | Mein Ehegatte / LP                            |                          |                          | Andere (oder weitere) Person |                          |                          | Familienname und Vorname, Anschrift (Wenn nicht bekannt, Unterhalt zahlende Stelle/Person angeben.) |                          | von/bei welcher Stelle   | Kindergeldnummer         |  |
|          |  | voll  | teilweise                | nein                     | voll  | teilweise                | nein                     | voll                         | teilweise                | nicht bekannt            |   |                          |  |                          |  |
|          | 1  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |                          |  |                          |  |
|          | 2  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |                          |  |                          |  |
|          | 3  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |                          |  |                          |  |
|          | 4  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |                          |  |                          |  |
| 5.3      | Zu lfd. Nr.  | Die andere (oder weitere) Person, deren Ehegatte/LP oder ein bei ihr wohnender Elternteil des Kindes steht in einem Beschäftigungsverhältnis:               |                          |                          |   |                          |                          |                              |                          |                          |   |                          |  |                          |  |
|          |  | Andere (oder weitere) Person  |                          |                          | Ehegatte/LP d. anderen (o. weiteren) Person   |                          |                          | Elternteil des Kindes        |                          |                          | Wenn ja: Dienststelle/Firma (Bezeichnung, Anschrift)  | vollzeitbeschäftigt      | Teilzeitbeschäftigt  | seit                     |  |
|          |  | nein  | nicht bekannt            | ja                       | nein  | nicht bekannt            | ja                       | nein                         | nicht bekannt            | ja                       |   |                          |  |                          |  |
|          | 1  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |                          | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |  |
|          | 2  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |                          | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |  |
|          | 3  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |                          | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |  |
| 5.4      | Zu lfd. Nr.  | Die andere (oder weitere) Person, deren Ehegatte/LP oder ein bei ihr wohnender Elternteil des Kindes erhält Versorgung nach beamtenrechtlichen Grundsätzen. |                          |                          |   |                          |                          |                              |                          |                          |   |                          |  |                          |  |
|          |  | Andere (oder weitere) Person  |                          |                          | Ehegatte / LP d. anderen (o. weiteren) Person |                          |                          | Elternteil des Kindes        |                          |                          | Wenn ja: Pensionsfestsetzungsbehörde (Bezeichnung, Anschrift)                                       | Personal-Nr.             | seit   |                          |  |
|          |  | nein  | nicht bekannt            | ja                       | nein  | nicht bekannt            | ja                       | nein                         | nicht bekannt            | ja                       |   |                          |  |                          |  |
|          | 1  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |                          |  |                          |  |
|          | 2  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |                          |  |                          |  |
|          | 3  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |                          |  |                          |  |

|          |   |                                   |   |   |
|----------|---|-----------------------------------|---|---|
| <b>6</b> | <b>Nur auszufüllen von Vollwaisen</b>   |                                   |   |   |
| 6.1      | Kindergeld oder eine ähnliche Leistung wird mir/einer anderen Person gewährt oder ist von mir/einer anderen Person beantragt:   |                                   |   |   |
|          | <input type="checkbox"/> nein, ggf. seit  | <input type="checkbox"/> ja, seit | Familienname, Vorname und Anschrift der anderen Person                                  | Kindschaftsverhältnis zur anderen Person                            |
| 6.2      | Die andere Person oder ihr Ehegatte / eingetragener Lebenspartner ist nach beamtenrechtlichen Grundsätzen versorgungsberechtigt |                                   |   |   |
|          | <input type="checkbox"/> nein   | <input type="checkbox"/> ja, seit | Pensionsfestsetzungsbehörde (Bezeichnung, Straße/Platz Nr., Postleitzahl, Personal-Nr.) |   |
| 6.3      | Die andere Person oder ihr Ehegatte / eingetragener Lebenspartner ist beschäftigt   |                                   |   |   |
|          | <input type="checkbox"/> nein   | <input type="checkbox"/> ja, seit | Dienststelle/Firma (Bezeichnung, Anschrift)   | beschäftigt in seit   |
|          |   |                                   |   | <input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit |

|          |   |   |                          |  |
|----------|---|---|--------------------------|--|
| <b>7</b> | <b>Sonstige Mitteilungen</b>  |   |                          |  |
| 7.1      | <input type="checkbox"/> Für folgende(s) Kind(er) wird Kindergeld oder eine ähnliche Leistung nicht mehr gewährt:   |   |                          |  |
|          | Familienname und Vorname  | vom _____ an  | Familienname und Vorname | vom _____ an   |
|          |   |   |                          |  |
|          | Bitte Nachweise beifügen.   |   |                          |  |
| 7.2      | <input type="checkbox"/> Die unter Abschn. 3 genannte(n) Person(en) <input type="checkbox"/> Das (Die) unter Abschn. 4.2 genannte(n) Kind(er) <input type="checkbox"/> Das (Die) unter Abschn. 5.1 genannte(n) Kind(er) <input type="checkbox"/> Die unter Abschn. 6 genannte Vollwaise |   |                          |  |
|          | leistet (leisten) Wehr- oder Zivildienst ab, ohne Soldat auf Zeit oder Berufssoldat zu sein, und zwar   |   |                          |  |
|          | <input type="checkbox"/>  | lfd. Nr. _____  | vom _____                | bis _____  |
|          | <input type="checkbox"/>  | lfd. Nr. _____  | vom _____                | bis _____  |
|          | Bitte Nachweise beifügen!   |   |                          |  |
| 7.3      | <input type="checkbox"/> Mein Ehegatte / eingetr. LP <input type="checkbox"/> Mein früherer Ehegatte <input type="checkbox"/> Der andere Elternteil des Kindes <input type="checkbox"/> Die unter Abschn. 3.1 genannte(n) Person(en)  |   |                          |  |
|          | <input type="checkbox"/> Der andere (oder weitere) Empfänger des Kindergeldes oder einer ähnlichen Leistung   |   |                          |  |
|          | <input type="checkbox"/> Der Ehegatte / eingetr. LP des anderen (oder weiteren) Empfänger des Kindergeldes oder einer ähnlichen Leistung  |   |                          |  |
|          | <input type="checkbox"/>  | ist vom _____   | bis _____                | ohne Bezüge beurlaubt                                      |
|          | <input type="checkbox"/>  | erhält vom _____  | bis _____                | Krankengeld nach SGB 5                                     |
|          | <input type="checkbox"/>  | erhält Mutterschaftsgeld nach dem Mutterschutzgesetz / Dienst- oder Anwärterbezüge nach der Verordnung über den Mutterschutz für Beamtinnen, und zwar vom _____ bis _____ während der Mutterschutzfristen |                          |  |
|          | <input type="checkbox"/>  | erhält vom _____  | bis _____                | Elternzeit nach dem Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz |
|          | <input type="checkbox"/>  | _____   |                          |  |
|          | Bitte Nachweise beifügen!   |   |                          |  |
| 7.4      | <input type="checkbox"/> _____  |   |                          |  |
|          | _____   |   |                          |  |

Die Anleitung für das Ausfüllen dieses Vordrucks habe ich erhalten und vom Inhalt, insbesondere von den Bestimmungen zur Anzeige- und Rückzahlungspflicht (Teil I Abschn. 4 und 5) sowie über die Folgen unrichtiger oder unvollständiger Angaben (Teil III), vollständig Kenntnis genommen.

Ich versichere, dass meine Angaben vollständig und richtig sind. Mir ist bekannt, dass ich verpflichtet bin, jede in den vorstehend dargelegten Verhältnissen künftig eintretende Änderung unverzüglich der für die Festsetzung meiner Bezüge zuständigen Dienst-/Außenstelle des Bundeseisenbahnvermögens anzuzeigen und zu belegen, und dass ich alle Bezüge, die ich infolge unterlassener, verspäteter oder fehlerhafter Mitteilung zu viel erhalten habe, zurückzahlen muss. Aus diesem Grund habe ich eine Durchschrift der ausgefüllten Mitteilung einbehalten.

Das Merkblatt über Kindergeld und andere kinderbezogene Leistungen habe ich erhalten und insbesondere vom Inhalt der Abschnitte 11 und 12 (Anzeigepflichten) Kenntnis genommen (nur zutreffend, wenn Sie in Nr. 5 Kinder aufgeführt haben).

Folgende Nachweise habe ich beigelegt:

\_\_\_\_\_ (Ort, Datum)

Fernmündlich zu erreichen unter Tel.-Nummer: \_\_\_\_\_ (Unterschrift der/des Mitteilenden)