SOZIALWERK
DES AUSWÄRTIGEN AMTS
weltoffen und solidarisch

Ärztliche Bescheinigung der Erholungsbedürftigkeit

Das Sozialwerk des Auswärtigen Amts e.V. ist vom Finanzamt als gemeinnütziger Verein anerkannt. Es bietet seinen Mitgliedern u.a. Erholungsmöglichkeiten zur Erhaltung der Gesundheit. Die einschlägigen Vorgaben des Steuerrechts (Abgabenordnung) verpflichten das Sozialwerk, seine Leistungen vorrangig an begünstigte Personen zu erbringen. Anderenfalls ist der Status der Gemeinnützigkeit gefährdet.

Eine Möglichkeit, die Begünstigung nachzuweisen, ist eine ärztliche Bestätigung der Erholungsbedürftigkeit der angemeldeten Personen durch einen Allgemeinmediziner oder eine(n) Fachärztin/Facharzt. Mit der Bescheinigung bestätigt die/der unterzeichnende Ärztin/Arzt, dass es sich um Personen handelt, denen Erholung guttun würde aufgrund gesundheitlicher Probleme oder präventiv bei beruflichen, psychischen oder familiären Belastungen zum Erhalt ihrer Gesundheit. Zur Teilnahme an den Angeboten des Sozialwerks müssen aktiv beschäftigte Mitglieder Erholungsurlaub in Anspruch nehmen bzw. schulpflichtige Kinder die Ferienzeiten nutzen. Eine ärztliche Begutachtung, wie sie anlässlich einer Kurmaßnahme erfolgt, ist nicht erforderlich.

Bitte bestätigen Sie mit Stempel, Datum und Unterschrift die Erholungsbedürftigkeit der auf dem Formular genannten Personen. Die Bestätigung gilt in Verbindung mit der Nutzung der Angebote des Sozialwerks bzw. seiner Kooperationspartner innerhalb von max. 12 Monaten nach Ausstellungsdatum.

Wir bitten um Verständnis, dass auch bei chronischen Erkrankungen jährlich eine neue Bescheinigung vorgelegt werden muss. Schwerbehinderte Personen mit einem GdB ab 80 können ihrer Anmeldung alternativ den Schwerbehindertenausweis in Kopie beifügen, der ohne zusätzliche ärztliche Bescheinigung als Nachweis der Gemeinnützigkeit gilt. Personen, die das 75. Lebensjahr vollendet haben, müssen sich die Erholungsbedürftigkeit nicht bescheinigen lassen. Sie gehören ebenfalls zum begünstigten Personenkreis.

	Name	**Vorname**
1	_____	_____
2	_____	_____
3	_____	_____
4	_____	_____
5	_____	_____

Die Erholungsbedürftigkeit für alle genannten Personen wird bestätigt:

Stempel und ärztliche Unterschrift

Datum: _____

Stand: 10/2026