

– Bitte stets den **Hauptvordruck** ausfüllen und die **Anleitung** beachten –

Anlage Sonderausgaben/ außergewöhnliche Belastungen zum Lohnsteuer-Ermäßigungsantrag

1 Name

2 Vorname

3 Steuernummer

Sonderausgaben

Hinweis: Versicherungsbeiträge (z. B. Beiträge zu Renten-, Kranken-, Pflegeversicherung usw.) können **nicht im Ermäßigungsverfahren** geltend gemacht werden. Diese so genannten Vorsorgeaufwendungen werden beim laufenden Lohnsteuerabzug über die Vorsorgepauschale berücksichtigt.

	EUR
4 1. Renten, dauernde Lasten, schuldrechtlicher Versorgungsausgleich (Empfänger, Art und Grund der Schuld)	<input type="text"/> , —
5 2. Unterhaltsleistungen an geschiedenen/dauernd getrennt lebende(n) Ehegatten/Lebenspartner(in) lt. Anlage U	<input type="text"/> , —
6 3. Ausgleichsleistungen zur Vermeidung des Versorgungsausgleichs lt. Anlage U	<input type="text"/> , —
7 4. Kirchensteuer, soweit diese nicht als Zuschlag zur Kapitalertragsteuer erhoben wird	<input type="text"/> , —
8 5. Aufwendungen für die eigene Berufsausbildung (bitte auf gesondertem Blatt erläutern)	<input type="text"/> , —
9 6. Spenden und Mitgliedsbeiträge	
9 a) Spenden und Mitgliedsbeiträge zur Förderung steuerbegünstigter Zwecke	<input type="text"/> , —
10 b) Spenden in das zu erhaltende Vermögen (Vermögensstock) einer Stiftung	<input type="text"/> , —
11 c) Spenden und Mitgliedsbeiträge an politische Parteien	<input type="text"/> , —
12 Summe 1. bis 6.	<input type="text"/> , —

Außergewöhnliche Belastungen

¹ Merkzeichen "Bl", "TBl", "H" oder Pflegegrad 4 oder 5
² Merkzeichen "G" ³ Merkzeichen "aG"

1. Pauschbetrag für Menschen mit Behinderungen und Hinterbliebene (bei Kindern bitte auch Anlage Kinder ausfüllen)

– bei erstmaliger Beantragung/Änderung bitte Nachweis einreichen –

	Ausweis / (Renten-)Bescheid / Bescheinigung gültig von	bis	unbefristet gültig
13 Name, Vorname <input type="text"/>	M M J J	M M J J	<input checked="" type="checkbox"/>
14 Grad der Behinderung <input type="text"/> <input checked="" type="checkbox"/> blind/taubblind/ständig hilflos, schwerstpflegebedürftig ¹	<input checked="" type="checkbox"/> erheblich gehbehindert ²	<input checked="" type="checkbox"/> außergewöhnlich gehbehindert ³	<input checked="" type="checkbox"/> hinterblieben
15 Name, Vorname <input type="text"/>	M M J J	M M J J	<input checked="" type="checkbox"/>
16 Grad der Behinderung <input type="text"/> <input checked="" type="checkbox"/> blind/taubblind/ständig hilflos, schwerstpflegebedürftig ¹	<input checked="" type="checkbox"/> erheblich gehbehindert ²	<input checked="" type="checkbox"/> außergewöhnlich gehbehindert ³	<input checked="" type="checkbox"/> hinterblieben

Hinweis: Sofern Sie die behinderungsbedingte Fahrtkostenpauschale beantragen möchten, füllen Sie bitte Zeile 49 und/oder 50 aus.

2. Pflege-Pauschbetrag

– bei erstmaliger Beantragung/Änderung bitte Nachweis einreichen –

Hinweis: Ein Pflege-Pauschbetrag kommt in Betracht, wenn Sie oder Ihr(e) Ehegatte/Lebenspartner(in) eine nicht nur vorübergehend pflegebedürftige Person **unentgeltlich** in Ihrer Wohnung oder in deren Wohnung persönlich pflegen.

17 **Angaben zur pflegebedürftigen Person:** Pflegegrad (2, 3, 4 oder 5) Merkzeichen "H"

18 Vorname Name

19 PLZ Wohnort

20 Straße, Hausnummer Verwandtschaftsverhältnis

21 Pflegenden Personen: Antragstellende Person Ehegatte/Lebenspartner(in) beide Ehegatten/Lebenspartner(innen) Anzahl weiterer pflegender Personen

3. Unterhalt für gesetzlich unterhaltsberechtigte und ihnen gleichgestellte Personen

(für jeden unterstützten Haushalt bitte eine eigene Anlage abgeben)

Name und Anschrift (ggf. ausländischer Wohnsitz) der unterhaltenen Person

Identifikationsnummer (IdNr.)
der unterhaltenen Person

31

32

33

Geburtsdatum

Verwandtschaftsverhältnis

Familienstand, Beruf

34

Hat jemand Anspruch auf einen Freibetrag für Kinder oder Kindergeld für diese Person?

Nein Ja, für die Monate von bis

36 Die unterstützte Person ist der/die geschiedene oder dauernd getrennt lebende Ehegatte/Lebenspartner(in).

37 Die unterstützte Person ist als Kindesmutter/Kindesvater gesetzlich unterhaltsberechtig.

38 Die unterstützte Person ist nicht unterhaltsberechtigt, jedoch können bei ihr öffentliche Mittel wegen der Unterhaltszahlungen gekürzt oder nicht gewährt werden.

Aufwendungen für die unterhaltene Person (Art)

von bis Höhe - EUR

39

davon für die Basiskranken- und gesetzliche Pflegeversicherung der unterhaltsberechtigten Person tatsächlich aufgewendete Beiträge, soweit diese nicht als Sonderausgaben bei dem Unterhaltsverpflichteten abziehbar sind

40

Diese Person hat im Antragsjahr

Bruttoarbeitslohn EUR	darauf entfallende Werbungskosten	öf. Ausbildungshilfen ⁴ (z.B. BAföG-Zuschüsse)	Renten, andere Einkünfte, Bezüge (z.B. aus Minijobs)	Vermögen
a) im Unterhaltszeitraum	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
b) außerhalb des Unterhaltszeitraums	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Diese Person lebt

⁴ bei Zahlung von Ausbildungshilfen in monatlich unterschiedlicher Höhe bitte Art, Höhe und Zeitraum auf gesondertem Blatt erläutern

43 in meinem Haushalt

zusammen mit folgenden Angehörigen:

44 im eigenen/anderen Haushalt

Zum Unterhalt dieser Person tragen auch bei (Name, Anschrift)

45

von bis Höhe - EUR

46

4. Außergewöhnliche Belastungen allgemeiner Art

Art der Belastung (z. B. durch Krankheit, Todesfall)	Gesamtaufwendungen EUR	abzüglich erhaltene oder zu erwartende Ersatzleistungen	zu berücksichtigende Aufwendungen
47 <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
48 <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Ich beantrage die Berücksichtigung der **behinderungsbedingten Fahrtkostenpauschale** und/oder die Übertragung der dem Kind/den Kindern lt. Zeile(n) der Anlage Kinder zustehenden **behinderungsbedingten Fahrtkostenpauschale**. Die nachstehenden Voraussetzungen sind erfüllt:

	Antragstellende Person	Ehegatte / Lebenspartner(in)	Kind/Kinder
49 Grad der Behinderung von mindestens 80 oder Grad der Behinderung von mindestens 70 und Merkzeichen "G"	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
50 Außergewöhnlich gehbehindert/blind/taubblind/ständig hilflos (Merkzeichen "aG"/"BI"/"TBI" und/oder "H"), schwerstpflegebedürftig (Pflegegrad 4 oder 5)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>