

1	Name											Anlage Sonderausgaben/ außergewöhnliche Belastungen (Lohnsteuer-Ermäßigung)
2	Vorname											
3	Steuernummer											
Sonderausgaben <div style="float: right; font-size: 0.8em;"> 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. </div>												
4	1. Renten, dauernde Lasten, schuldrechtlicher Versorgungsausgleich (Empfänger, Art und Grund der Schuld)	EUR										
		, —										
5	2. Unterhaltsleistungen an geschiedenen / dauernd getrennt lebende(n) Ehegatten / Lebenspartner(in) lt. Anlage U	, —										
6	3. Ausgleichsleistungen zur Vermeidung des Versorgungsausgleichs lt. Anlage U	, —										
7	4. Kirchensteuer, soweit diese nicht als Zuschlag zur Kapitalertragsteuer erhoben wird	, —										
8	5. Aufwendungen für die eigene Berufsausbildung (bitte auf gesondertem Blatt erläutern)	, —										
9	6. Spenden und Mitgliedsbeiträge											
10	a) Spenden und Mitgliedsbeiträge zur Förderung steuerbegünstigter Zwecke	, —										
11	b) Spenden in das zu erhaltende Vermögen (Vermögensstock) einer Stiftung	, —										
12	c) Spenden und Mitgliedsbeiträge an politische Parteien	, —										
	Summe 1. bis 6.	, —										
Außergewöhnliche Belastungen <div style="float: right; font-size: 0.8em;"> ¹⁾ Merkzeichen "BI", "TBI", "H" oder Pflegegrad 4 oder 5 ²⁾ Merkzeichen "G" ³⁾ Merkzeichen "aG" </div>												
1. Pauschbetrag für Menschen mit Behinderungen und Hinterbliebene (bei Kindern bitte auch Anlage Kinder ausfüllen) – bei erstmaliger Beantragung / Änderung bitte Nachweis einreichen –												
13	Name, Vorname	Ausweis / (Renten-)Bescheid / Bescheinigung gültig von				bis				unbefristet gültig		
		M M J J				M M J J				X		
14	Grad der Behinderung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<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	Ausweis / (Renten-)Bescheid / Bescheinigung gültig von				bis				unbefristet gültig		
		M M J J				M M J J				X		
16	Grad der Behinderung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<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)				<input checked="" type="checkbox"/> Merkzeichen "H"						
18	Vorname	Name										
19	PLZ	Wohnort										
20	Straße, Hausnummer	Verwandtschaftsverhältnis										
21	Pflegende Personen:	<input checked="" type="checkbox"/> Antragstellende Person	<input checked="" type="checkbox"/> Ehegatte/Lebenspartner(in)	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<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"/>
----	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

32	<input type="text"/>
----	----------------------

Geburtsdatum	Verwandtschaftsverhältnis	Familienstand, Beruf
33	<input type="text"/>	<input type="text"/>

34	Hat jemand Anspruch auf einen Freibetrag für Kinder oder Kindergeld für diese Person?	<input checked="" type="checkbox"/> Nein	<input checked="" type="checkbox"/> Ja, für die Monate	von	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	bis	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----	---	--	--	-----	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	-----	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

35	<input checked="" type="checkbox"/> Die unterstützte Person ist der/die geschiedene oder dauernd getrennt lebende Ehegatte/Lebenspartner(in).
----	---

36	<input checked="" type="checkbox"/> Die unterstützte Person ist als Kindesmutter/Kindesvater gesetzlich unterhaltsberechtigt.
----	---

37	<input checked="" type="checkbox"/> 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
38	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

39	davon für die Basiskranken- und gesetzliche Pflegeversicherung der unterhaltsberechtigten Person tatsächlich aufgewendete Beiträge, soweit diese nicht als Sonderausgaben bei dem Unterhaltsverpflichteten abziehbar sind	<input type="text"/>
----	---	----------------------

Diese Person hat im Antragsjahr	Bruttoarbeitslohn EUR	darauf entfallende Werbungskosten	öf. Ausb. Hilfen (z.B. BAföG-Zuschüsse)	Renten, andere Einkünfte, Bezüge (z.B. aus Minijobs)	Vermögen
40	a) im Unterhaltszeitraum	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
41	b) außerhalb des Unterhaltszeitraums	<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
42	<input checked="" type="checkbox"/> in meinem Haushalt

zusammen mit folgenden Angehörigen:	
43	<input checked="" type="checkbox"/> im eigenen/anderen Haushalt <input type="text"/>

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

44	<input type="text"/>
----	----------------------

45	<input type="text"/>	von	bis	Höhe - EUR
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

4. Außergewöhnliche Belastungen allgemeiner Art

Voraussichtlicher Jahresarbeitslohn

Antragstellende Person	Ehegatte/Lebenspartner(in)
einschl. Sachbezüge, Gratifikationen, Tantiemen usw. - EUR	einschl. Sachbezüge, Gratifikationen, Tantiemen usw. - EUR
46	<input type="text"/>

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"/>
48	<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
50	Grad der Behinderung von mindestens 80 oder Grad der Behinderung von mindestens 70 und Merkzeichen "G"	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
51	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"/>