

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. Pauschbetrag für behinderte Menschen und Hinterbliebene (bei Kindern bitte auch Anlage Kinder ausfüllen)

13 Name, Vorname <input type="text"/>	Ausweis / Rentenbescheid / Bescheinigung gültig von	gültig bis	unbefristet gültig
	<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="checkbox"/>
14 Grad der Behinderung <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	blind / ständig hilflos <input checked="" type="checkbox"/>	geh- und stehbehindert <input checked="" type="checkbox"/>	hinterblieben <input checked="" type="checkbox"/>
	Nachweis ist beigefügt <input checked="" type="checkbox"/>	Nachweis lag bereits vor <input checked="" type="checkbox"/>	
15 Name, Vorname <input type="text"/>	Ausweis / Rentenbescheid / Bescheinigung gültig von	gültig bis	unbefristet gültig
	<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="checkbox"/>
16 Grad der Behinderung <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	blind / ständig hilflos <input checked="" type="checkbox"/>	geh- und stehbehindert <input checked="" type="checkbox"/>	hinterblieben <input checked="" type="checkbox"/>
	Nachweis ist beigefügt <input checked="" type="checkbox"/>	Nachweis lag bereits vor <input checked="" type="checkbox"/>	

2. Pflege-Pauschbetrag

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

Angaben zur hilflosen Person:

17 Nachweis der Hilflosigkeit ist beigefügt hat vorgelegen

18 Vorname Name

19 PLZ Wohnort

20 Straße, Hausnummer Verwandtschaftsverhältnis

21 Name und Anschrift weiterer Pflegepersonen

22

