

Name

Vorname

Steuernummer

Anlage Außergewöhnliche Belastungen

Diese Anlage ist bei Zusammenveranlagung
von Ehegatten / Lebenspartnern gemeinsam
auszufüllen.

Außergewöhnliche Belastungen / Pauschbeträge

53

Behinderten-Pauschbetrag

- bei erstmaliger Beantragung / Änderung bitte Nachweis einreichen -

	Ausweis / (Renten-) Bescheid / Bescheinigung gültig von	bis	unbefristet gültig	Grad der Behinderung
4	100 M M J J	101 M M J J	102 <input type="checkbox"/> 1 = Ja	105 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5	Ich bin - erheblich gehbehindert (Merkzeichen „G“) / außergewöhnlich gehbehindert (Merkzeichen „aG“)			
6	- blind / taubblind / ständig hilflos (Merkzeichen „Bl“ / „TBl“ und / oder „H“), schwerstpflegebedürftig (Pflegegrad 4 oder 5)			
7	150 M M J J	151 M M J J	152 <input type="checkbox"/> 1 = Ja	155 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
8	Ich bin - erheblich gehbehindert (Merkzeichen „G“) / außergewöhnlich gehbehindert (Merkzeichen „aG“)			
9	- blind / taubblind / ständig hilflos (Merkzeichen „Bl“ / „TBl“ und / oder „H“), schwerstpflegebedürftig (Pflegegrad 4 oder 5)			

Hinterbliebenen-Pauschbetrag

	stpfl. Person / Ehemann / Person A	Ehefrau / Person B
10	380 <input type="checkbox"/> 1 = Ja	381 <input type="checkbox"/> 1 = Ja

Pflege-Pauschbetrag

- bei erstmaliger Beantragung / Änderung bitte Nachweis einreichen -

11	Die unentgeltliche persönliche Pflege einer pflegebedürftigen Person in ihrer oder in meiner Wohnung erfolgte durch	200 <input type="checkbox"/>	1 = stpfl. Person / Ehemann / Person A 2 = Ehefrau / Person B 3 = beide Ehegatten / Lebenspartner
12	Anzahl der weiteren an der Pflege beteiligten Personen	201 <input type="checkbox"/>	
13	Name, Anschrift und Verwandtschaftsverhältnis der pflegebedürftigen Person		
14	<input type="text"/>		

15	Identifikationsnummer der pflegebedürftigen Person	202 <input type="text"/>	
16	Für die pflegebedürftige Person wurde folgender Pflegegrad / folgendes Merkzeichen festgestellt:	203 <input type="checkbox"/>	1 = Pflegegrad 2 2 = Pflegegrad 3 3 = Pflegegrad 4 oder 5 und / oder Merkzeichen „H“

Behinderungsbedingte Fahrtkostenpauschale

- bei erstmaliger Beantragung / Änderung bitte Nachweis einreichen -

Ich beantrage die Berücksichtigung der behinderungsbedingten Fahrtkostenpauschale, da ich die nachfolgenden Voraussetzungen
erfülle:

	stpfl. Person / Ehemann / Person A	Ehefrau / Person B	
17	Ich habe einen Grad der Behinderung von mindestens 80 oder einen Grad der Behinderung von mindestens 70 und Merkzeichen „G“	250 <input type="checkbox"/> 1 = Ja	251 <input type="checkbox"/> 1 = Ja
18	Ich bin außergewöhnlich gehbehindert / blind / taubblind / ständig hilflos (Merkzeichen „aG“ / „Bl“ / „TBl“ und / oder „H“), schwerstpflegebedürftig (Pflegegrad 4 oder 5)	252 <input type="checkbox"/> 1 = Ja	253 <input type="checkbox"/> 1 = Ja

