



1 Name

2 Vorname

Anlage Außer- gewöhnliche Belastungen

Diese Anlage ist bei Zusammen-
veranlagung von Ehegatten / Lebens-
partnern gemeinsam auszufüllen.

3 Steuernummer

Außergewöhnliche Belastungen / Pauschbeträge

Behinderten-Pauschbetrag

53

Steuerpflichtige Person / Ehemann / Person A

Ausweis / (Renten-) Bescheid / Bescheinigung
– bei erstmaliger Beantragung / Änderung bitte Nachweis in Kopie einreichen –

4 gültig von gültig bis unbefristet gültig Grad der Behinderung

100 101 102 1 = Ja 105

Ich bin

5 – erheblich gehbehindert (Merkzeichen „G“) / außergewöhnlich gehbehindert (Merkzeichen „aG“) 104 1 = Ja

6 – blind / taubblind / ständig hilflos (Merkzeichen „Bl“, „TBl“ und / oder „H“), schwerstpflegebedürftig (Pflege-
grad 4 oder 5) 103 1 = Ja

Ehefrau / Person B

Ausweis / (Renten-) Bescheid / Bescheinigung
– bei erstmaliger Beantragung / Änderung bitte Nachweis in Kopie einreichen –

7 gültig von gültig bis unbefristet gültig Grad der Behinderung

150 151 152 1 = Ja 155

Ich bin

8 – erheblich gehbehindert (Merkzeichen „G“) / außergewöhnlich gehbehindert (Merkzeichen „aG“) 154 1 = Ja

9 – blind / taubblind / ständig hilflos (Merkzeichen „Bl“, „TBl“ und / oder „H“), schwerstpflegebedürftig (Pflege-
grad 4 oder 5) 153 1 = Ja

Hinterbliebenen-Pauschbetrag

– Nur bei Hinterbliebenenbezügen nach § 33b Abs. 4 EStG; der alleinige Bezug einer Witwen- / Witwerrente ist nicht ausreichend –

10 Ich beantrage den Hinterbliebenen-Pauschbetrag

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

Pflege-Pauschbetrag

– bei erstmaliger Beantragung / Änderung bitte Nachweis in Kopie einreichen –

11 Die **unentgeltliche** persönliche Pflege einer pflegebedürftigen Person in ihrer
oder in meiner Wohnung erfolgte durch 200 1 = Steuerpflichtige Person / Ehemann / Person A
2 = Ehefrau / Person B
3 = beide Ehegatten / Lebenspartner

12 Anzahl der weiteren an der Pflege beteiligten Personen 201

Name, Anschrift, Geburtsdatum und Verwandtschaftsverhältnis der pflegebedürftigen Person

15 Identifikationsnummer der pflegebedürftigen Person

16 Die pflegebedürftige Person hat ihren Wohnsitz / gewöhnlichen Aufenthalt im
Inland 204 1 = Ja
2 = Nein

17 Für die pflegebedürftige Person wurde folgender Pflegegrad / folgendes Merk-
zeichen festgestellt: 203 2 = Pflegegrad 2
3 = Pflegegrad 3
4 = Pflegegrad 4 oder 5 und / oder Merkzeichen „H“

Behinderungsbedingte Fahrtkostenpauschale

– bei erstmaliger Beantragung / Änderung bitte Nachweis in Kopie einreichen –

Ich beantrage die Berücksichtigung der behinderungsbedingten Fahrtkostenpauschale, da ich die nachfolgenden Voraussetzungen er-
fülle:

	Steuerpflichtige Person / Ehemann / Person A	Ehefrau / Person B
18 Ich habe einen Grad der Behinderung von mindestens 80 oder einen Grad der Behinde- rung von mindestens 70 und Merkzeichen „G“	250 <input type="checkbox"/> 1 = Ja <input type="checkbox"/>	251 <input type="checkbox"/> 1 = Ja <input type="checkbox"/>

19 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 <input type="checkbox"/>	253 <input type="checkbox"/> 1 = Ja <input type="checkbox"/>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------

Andere Aufwendungen**Krankheitskosten (z. B. Arzt- und Behandlungskosten, Arznei-, Heil- und Hilfsmittel, Kurkosten)**

Art der Aufwendungen

20

EUR

21 Summe der Aufwendungen 302 ,
22 Summe der erhaltenen und / oder zu erwartenden Versicherungsleistungen, Beihilfen, Unterstützungen usw. (ggf. „0“) 303 ,

Pflegekosten (z. B. häusliche Pflege und Heimunterbringung)

Art der Aufwendungen

23

EUR

24 Summe der Aufwendungen 304 ,
25 Haushaltsersparnis sowie Summe der erhaltenen und / oder zu erwartenden Versicherungsleistungen, Beihilfen, Unterstützungen usw. (ggf. „0“) 305 ,

Behinderungsbedingte Aufwendungen (z. B. Umbaukosten)

Art der Aufwendungen

26

EUR

27 Summe der Aufwendungen 306 ,
28 Summe der erhaltenen und / oder zu erwartenden Versicherungsleistungen, Beihilfen, Unterstützungen usw. (ggf. „0“) 307 ,

Bestattungskosten (z. B. Grabstätte, Sarg, Todesanzeige)

Art der Aufwendungen

29

EUR

30 Summe der Aufwendungen 310 ,
31 Wert des Nachlasses sowie Summe der erhaltenen und / oder zu erwartenden Versicherungsleistungen, Beihilfen, Unterstützungen usw. (ggf. „0“) 311 ,

Sonstige außergewöhnliche Belastungen

Art der Aufwendungen

32

EUR

33 Summe der Aufwendungen 312 ,
34 Summe der erhaltenen und / oder zu erwartenden Versicherungsleistungen, Beihilfen, Unterstützungen usw. (ggf. „0“) 313 ,

Für folgende Aufwendungen wird die Steuerermäßigung für haushaltsnahe Beschäftigungsverhältnisse / Dienstleistungen / Handwerkerleistungen beantragt, soweit sie wegen Abzugs der zumutbaren Belastung nicht als außergewöhnliche Belastungen berücksichtigt werden (die Beträge sind nicht zusätzlich in den Zeilen 4 bis 9 der **Anlage Haushaltsnahe Aufwendungen** einzutragen):

EUR

35 Die in Zeile 24 enthaltenen Pflegeleistungen im Rahmen eines geringfügigen Beschäftigungsverhältnisses im Privathaushalt – sog. Minijob – betragen (abzüglich Erstattungen) 370 ,

36 Die in Zeile 24 enthaltenen übrigen haushaltsnahen Pflegeleistungen (ohne Minijob) und in Heimunterbringungskosten enthaltenen Aufwendungen für Dienstleistungen, die denen einer Haushaltshilfe vergleichbar sind, betragen (abzüglich Erstattungen) 371 ,

37 Die in den Zeilen 21 bis 33 enthaltenen Arbeitskosten für Handwerkerleistungen betragen (abzüglich Erstattungen) 372 ,