



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"/>
--	--	--

