

5. Außergewöhnliche Belastungen

5.1 **Ausgaben für Kinderbetreuung** (ohne Kosten für auswärtige Berufsausbildung)
(Bitte geben Sie hier den von Ihnen tatsächlich geleisteten Betrag abzüglich allfälliger steuerfreier Zuschüsse an)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

5.2 Außergewöhnliche Belastung für ein Kind ohne Behinderung (z.B. Krankheitskosten)
(abzüglich Ersätze oder Vergütungen)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

5.3 **Kostentragung in Prozent**
(betrifft Punkte 5.4 und 5.5)

--	--	--

 %

5.4 **Pauschale für auswärtige Berufsausbildung des Kindes wird beantragt**
Aufteilung der Kostentragung siehe Punkt 5.3

Anzahl der Monate

--	--

5.4.1 Dauer der auswärtigen Berufsausbildung

Postleitzahl

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Wohnsitzstaat ⁵⁾

--	--	--

5.4.2 Angaben zum Ausbildungsort

5.5 **Angaben zur Behinderung des Kindes**
Aufteilung der Kostentragung siehe Punkt 5.3

5.5.1 Der pauschale **Freibetrag für Behinderung** (§ 35 Abs. 3) wird beantragt (Voraussetzung: mind. 25% Behinderung, kein Pflegegeldbezug, kein Bezug erhöhter Familienbeihilfe) und es werden in Punkt 5.5.7 **keine** tatsächlichen Kosten wegen Behinderung geltend gemacht (Achtung: Es darf keine Eintragung in Punkt 5.5.3 und 5.5.7 erfolgen)

Grad der Behinderung ⁶⁾

--	--	--

 %

5.5.2 Der pauschale Freibetrag für Diätverpflegung wird beantragt wegen

- Z:** Zuckerkrankheit, Tuberkulose, Zöliakie, Aids Z
G: Gallen-, Leber-, Nierenkrankheit G
M: Magenkrankheit, andere innere Erkrankung M

5.5.3 Der pauschale **Freibetrag** von monatlich 262 € für ein **erheblich behindertes Kind**, für das **erhöhte Familienbeihilfe** bezogen wird, wird beantragt und es werden in Punkt 5.5.7 **keine** tatsächlichen Kosten geltend gemacht (Achtung: Es darf keine Eintragung in Punkt 5.5.1, 5.5.2 und 5.5.7 erfolgen)

Beginn

Ende

M	M	bis	M	M	2018
---	---	-----	---	---	------

5.5.4 Monatlicher Bezug einer pflegebedingten Geldleistung
(Hinweis: Bei ganzjährigem Bezug steht kein Freibetrag für Behinderung gemäß Punkt 5.5.1 zu)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Zeitraum der pflegebedingten Geldleistung

Beginn

Ende

M	M	bis	M	M	2018
---	---	-----	---	---	------

5.5.5 Schulgeld für eine Sonder(Pflege)-Schule bzw. Behindertenwerkstätte

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

5.5.6 Unregelmäßige Ausgaben für Hilfsmittel (z.B. Rollstuhl, Hörgerät, Blindenhilfsmittel) sowie Kosten der Heilbehandlung (z.B. ärztliche Kosten, Medikamente)
(Allfällige Kostenersätze abziehen)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

5.5.7 **Anstelle** der pauschalen Freibeträge (5.5.1, 5.5.2 oder 5.5.3) werden tatsächliche Kosten geltend gemacht (**allfällige pflegebedingte Geldleistungen bitte abziehen**; Achtung: Es darf keine Eintragung in 5.5.1, 5.5.2, 5.5.3, 5.5.5 oder 5.5.6 erfolgen) Soweit pauschale Freibeträge zustehen, müssen diese Werte in die Berechnung einbezogen werden.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

6. Nachversteuerung des Arbeitgeberzuschusses für Kinderbetreuung

6.1 Arbeitgeberzuschuss für Kinderbetreuung

(Achtung: Nur auszufüllen, wenn der Zuschuss bei der Lohnsteuerberechnung zu Unrecht steuerfrei belassen wurde.)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

⁵⁾ Bitte geben Sie hier das internationale Kfz-Kennzeichen an. Nur auszufüllen, wenn der Ausbildungsort nicht in Österreich gelegen ist.

⁶⁾ Ein Behindertenpass oder Bescheid über die Behinderteneinstufung liegt vor und ist über Aufforderung des Finanzamtes vorzulegen.

Ich versichere, dass ich die Angaben nach bestem Wissen und Gewissen **richtig** und **vollständig** (bitte Pflichtfelder beachten!) gemacht habe. Mir ist bekannt, dass unrichtige oder unvollständige Angaben strafbar sind.

WICHTIGER HINWEIS: Bitte übermitteln Sie **keine Originaldokumente/Belege**, da alle im Finanzamt einlangenden Schriftstücke nach elektr. Erfassung datenschutzkonform vernichtet werden! Bewahren Sie diese aber mindestens **7 Jahre** für eine etwaige Überprüfung auf.

Diese Erklärung können Sie auch papierlos über www.bmf.gv.at (FinanzOnline) einbringen.

FinanzOnline steht Ihnen kostenlos und rund um die Uhr zur Verfügung. Sie benötigen dafür keine spezielle Software.

Steuerliche Vertretung (Name, Anschrift, Telefon/Telefaxnummer)

Datum, Unterschrift