

--

Erklärung zur ArbeitnehmerInnenveranlagung 2010

Für weitere Informationen beachten Sie bitte die Ausfüllanleitung L 2.

Dieses Formular wird maschinell gelesen, schreiben Sie daher in **BLOCKSCHRIFT** und verwenden Sie **ausschließlich schwarze** oder **blaue** Farbe. Betragsangaben in EURO und Cent. Geben Sie nur **Originalformulare** ab, da Kopien maschinell nicht lesbar sind.

Die stark hervorgehobenen Felder/Ankreuzkästchen sind jedenfalls auszufüllen.

Zutreffendes bitte ankreuzen.

1. Angaben zur Person

1.1 FAMILIEN- oder NACHNAME (BLOCKSCHRIFT)

--

1.2 VORNAME (BLOCKSCHRIFT)

--

1.3 AKADEMISCHER TITEL (BLOCKSCHRIFT)

--

1.4 Versicherungsnr. ¹⁾ 1.5 Geburtsdatum

--	--

1.6 Geschlecht

männlich weiblich

1.7 Personenstand am 31.12.2010 (Bitte nur ein Kästchen ankreuzen) ²⁾

- verheiratet/in eingetragener Partnerschaft lebend
 in Lebensgemeinschaft lebend
 ledig
 dauernd getrennt lebend
 geschieden
 verwitwet

seit (Datum bei ledig nicht erforderlich)

--

2. Derzeitige Wohnanschrift

2.1 STRASSE (BLOCKSCHRIFT)

--

2.2 Hausnummer

--

2.3 Stiege

--

2.4 Türnummer

--

2.5 Land ³⁾

--

2.6 ORT (BLOCKSCHRIFT)

--

2.7 Postleitzahl

--

2.8 Telefonnummer

--

3. Partnerin/Partner

3.1 FAMILIEN- oder NACHNAME (BLOCKSCHRIFT)

--

3.2 VORNAME (BLOCKSCHRIFT)

--

3.3 AKADEMISCHER TITEL (BLOCKSCHRIFT)

--

3.4 Versicherungsnr. ¹⁾ 3.5 Geburtsdatum

--	--

¹⁾ Bitte geben Sie hier die Versicherungsnummer des österreichischen Sozialversicherungsträgers an.

²⁾ Ehepartnerin/Ehepartner, Lebensgefährtin/Lebensgefährte und eingetragene Partnerin/eingetragener Partner werden im Folgenden einheitlich als "Partnerin/Partner" bezeichnet.

³⁾ Bitte geben Sie das internationale Kfz-Kennzeichen an. Nur auszufüllen, wenn der derzeitige Wohnsitz nicht in Österreich gelegen ist.

Hier sind **weitere Werbungskosten** einzutragen. Bitte geben Sie jeweils den Jahresbetrag der Aufwendungen abzüglich steuerfreier Ersätze oder Vergütungen an. Betragen die Werbungskosten weniger als 132 Euro jährlich, ist eine Eintragung nicht erforderlich.

7.5	Arbeitsmittel (bei Anschaffungen über 400 Euro nur AfA)	719	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7.6	Fachliteratur (keine allgemein bildenden Werke wie Lexika, Nachschlagewerke, Zeitungen etc.)	720	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7.7	Reisekosten (ohne Fahrtkosten Wohnung/Arbeitsstätte und Familienheimfahrten)	721	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7.8	Fortbildungs-, Ausbildungs- und Umschulungskosten	722	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7.9	Kosten für Familienheimfahrten	300	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7.10	Kosten für doppelte Haushaltsführung	723	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7.11	Sonstige Werbungskosten, die nicht unter 7.5 bis 7.10 fallen (z.B. Betriebsratsumlage)	724	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

7.12 Zur Geltendmachung eines Berufsgruppenpauschales tragen Sie bitte ein:

- | | | |
|--|--|--|
| A: Artist/innen | FM: Forstarbeiter/innen mit Motorsäge | HE: Heimarbeiter/innen |
| B: Bühnengehörige, Filmschauspieler/innen | FO: Forstarbeiter/innen ohne Motorsäge,
Förster/innen, Berufsjäger/innen im Revierdienst | V: Vertreter/innen |
| F: Fernseherschaffende | HA: Hausbesorger/innen, soweit sie dem
Hausbesorgergesetz unterliegen | P: Mitglieder einer Stadt-,
Gemeinde- oder
Ortsvertretung |
| J: Journalist/innen | | |
| M: Musiker/innen | | |

Beruf 4)	Zeiträume der Tätigkeiten: Beginn - Ende	Kostenersätze 5)
<input type="text"/>	<input type="text"/> bis <input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/> bis <input type="text"/>	<input type="text"/>

8. Außergewöhnliche Belastungen (je Kennzahl bitte nur den Gesamtjahresbetrag in Euro und Cent anführen)

Zur Geltendmachung von außergewöhnlichen Belastungen für Kinder verwenden Sie bitte die **Beilage(n) L 1k**.

Außergewöhnliche Belastungen mit Selbstbehalt

8.1	Krankheitskosten (inkl. Zahnersatz)	730	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8.2	Begräbniskosten (soweit im Nachlass nicht gedeckt)	731	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8.3	Kurkosten [nach Abzug einer anteiligen Haushaltsersparnis für Verpflegung (Vollpension) in Höhe von 5,23 Euro täglich]	734	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8.4	Sonstige außergewöhnliche Belastungen, die nicht unter 8.1 bis 8.3 fallen	735	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Außergewöhnliche Belastungen ohne Selbstbehalt

8.5	Katastrophenschäden (abzüglich erhaltener Ersätze oder Vergütungen)	475	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
-----	---	------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Außergewöhnliche Belastungen bei Behinderung
Die Spalte "Partnerin/Partner" bitte nur ausfüllen, wenn Ihnen der Alleinverdienerabsetzbetrag zusteht.

	Antragstellerin/Antragsteller	Partnerin/Partner
8.6	Nummer des Behindertenpasses	<input type="text"/>
8.7	Grad der Behinderung Mit einer Eintragung wird der pauschale Freibetrag beantragt. Hinsichtlich tatsächlicher Kosten siehe Punkt 8.13.	<input type="text"/> %
8.8	Der pauschale Freibetrag für Diätverpflegung wird beantragt wegen Z: Zuckerkrankheit, Tuberkulose, Zöliakie, Aids G: Gallen-, Leber-, Nierenkrankheit M: Magenkrankheit, andere innere Erkrankung	<input type="text"/>

4) Kurzbezeichnung der Berufsgruppe

5) Von der Arbeitgeberin/vom Arbeitgeber erhaltene Kostenersätze (ausgenommen bei Vertreterinnen/Vertretern).

	Antragstellerin/Antragsteller				Partnerin/Partner					
	Beginn		Ende		Beginn		Ende			
8.9 Pflegegeld, Blindenbeihilfe oder eine andere pflegebedingte Geldleistung wird bezogen	<input type="text"/>	<input type="text"/>	bis	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	2010	<input type="text"/>	<input type="text"/>	2010
8.10 Der pauschale Freibetrag für das eigene Kraftfahrzeug wegen Behinderung wird beantragt	ja				ja					
8.11 Nachgewiesene Taxikosten wegen Behinderung	<input type="text" value="435"/> <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="text"/>				<input type="text" value="436"/> <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="text"/>					
8.12 Unregelmäßige Ausgaben für Hilfsmittel (z.B. Rollstuhl, Hörgerät, Blindenhilfsmittel) sowie Kosten der Heilbehandlung (z.B. ärztliche Kosten, Medikamente) (Allfällige Kostenersätze bitte abziehen)	<input type="text" value="476"/> <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="text"/>				<input type="text" value="417"/> <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="text"/>					
8.13 Anstelle der pauschalen Freibeträge werden tatsächliche Kosten geltend gemacht (z.B. Kosten für ein Pflegeheim) [Allfällige pflegebedingte Geldleistungen und eine etwaige anteilige Haushaltersparnis (156,96 Euro monatlich) bitte abziehen]	<input type="text" value="439"/> <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="text"/>				<input type="text" value="418"/> <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="text"/>					

9. Ich besitze auf Grund meiner politischen Verfolgung in der Zeit von 1938 bis 1945 einen Opferausweis und/oder eine Amtsbescheinigung.

10. Bankverbindung

Beachten Sie bitte:
- Sie müssen **KEINE** Bankverbindung anführen, sofern diese Ihrem Finanzamt bereits bekannt ist und sich nicht geändert hat.
- Sie finden diese Codes (BIC, IBAN) auf Ihrem Kontoauszug, eventuell bereits auch auf Ihrer Bankomatkarte.

10.1 BIC

10.2 IBAN

10.3 Ich beantrage die **Barauszahlung** an meine unter Punkt 2. angeführte Wohnadresse (wenn kein Bankkonto vorliegt).

11. Freibetragsbescheid

11.1 Ich wünsche keinen Freibetragsbescheid.

11.2 Ich beantrage einen niedrigeren Freibetragsbescheid in Höhe von jährlich

Bitte schließen Sie dieser Erklärung auch die in Ihrem Fall erforderlichen Erklärungsbeilagen an:

- L 1k** - Beilage zur Berücksichtigung
- eines Kinderfreibetrages
 - Unterhaltsabsetzbetrages
 - einer außergewöhnlichen Belastung für Kinder

- L 1i** - Beilage für
- Einkünfte aus nichtselbständiger Arbeit ohne Lohnsteuerabzug
 - Zusatzangaben bei Erfüllung bestimmter grenzüberschreitender Kriterien
 - Antrag auf unbeschränkte Steuerpflicht

Anzahl der **Beilagen L 1k**

Beilage L 1i ist angeschlossen

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.

Steuerliche Vertretung (Name, Anschrift, Telefon/Telefaxnummer)

Datum, Unterschrift