

Finanzamt Österreich
Postfach 260
1000 Wien

Namig: To izjavo lahko izpolnite in vložite tudi v nepapirni obliki prek portala Finanz Online (bmf.gv.at) – kadarkoli in brez posebne programske opreme.

2022

Priloga L 1ab za 2022

k obrazcu L 1 ali E 1 za izredne obremenitve

Kako pravilno izpolnite ta obrazec?

- Vse navedbe morajo biti resnične.
- Pišite z VELIKIMI TISKANIMI ČRKAMI in samo s črno ali modro barvo – polja z zneski izpolnite v evrih in centih
- Izpolniti morate vsa krepko obrobljena polja
- Veljavne točke prekrižajte

Dodatne informacije so na voljo tudi v publikaciji **Steuerbuch 2023 (bmf.gv.at)** in v **Pomoči pri izpolnjevanju L 2**

1. Podatki o osebi		
1.1 10-mestna številka socialnega zavarovanja kot na e-kartici	1.2 Davčna številka ¹⁾	1.3 Datum rojstva (če ni številke socialnega zavarovanja, vedno izpolnite)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="DDMMJJLL"/>
2. Izredne obremenitve (pod vsako številčno oznako navedite samo znesek celotnega leta v evrih in centih)		
Za uveljavljanje izrednih obremenitev za otroke uporabite za vsakega otroka svoj obrazec Priloga L 1k.		
Izredne obremenitve z lastnim deležem (zmanjšane za prejeta povračila ali plačila)		
2.1 Stroški zdravljenja (vkl. z zobno protetiko)	<input type="text" value="730"/>	<input type="text"/>
2.2 Pogrebni stroški (če niso kriti iz: zapuščine, zavarovanj, neobdavčenih povračil delodajalca, prenosa premoženja v zadnjih 7 letih pred smrtjo)	<input type="text" value="731"/>	<input type="text"/>
2.3 Zdraviliški stroški po odbitku sorazmernega gospodinjanskega prihranka za oskrbo (polni penzion) v višini 5,23 evra dnevno	<input type="text" value="734"/>	<input type="text"/>
2.4 Druge izredne obremenitve, ki niso zajete v točkah 2.1 do 2.3	<input type="text" value="735"/>	<input type="text"/>
Izredne obremenitve brez lastnega deleža		
2.5 Škoda po elementarni nesreči (zmanjšana za prejeta povračila ali plačila)	<input type="text" value="475"/>	<input type="text"/>
Izredna obremenitev od stopnje invalidnosti 25 % ali ob prejemanju dodatka za nego	Prosilka/prosilec	Partnerica/partner ²⁾
2.6 Vlagam zahtevek za olajšavo za invalidnost (pogoj: vsaj 25 % invalidnost, brez prejemanja dodatka za pomoč in postrežbo) in brez uveljavljanja dejanskih stroškov zaradi invalidnosti (številčni oznaki 439/418)	Stopnja invalidnosti ³⁾ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> %	Stopnja invalidnosti ³⁾ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> %
2.7 Vlagam zahtevek za pavšalno olajšavo za dietno prehrano zaradi naslednje bolezni (pogoj: stopnja invalidnosti vsaj 25 %, od tega vsaj 20 % odpade na invalidnost, zaradi katere je potrebna dieta):	<input checked="" type="checkbox"/> Sladkorna bolezen, tuberkuloza, celiakija, aids <input checked="" type="checkbox"/> Obolenja žolča, jeter in ledvic <input checked="" type="checkbox"/> Obolenje želodca, druga notranja obolenja	<input checked="" type="checkbox"/> Sladkorna bolezen, tuberkuloza, celiakija, aids <input checked="" type="checkbox"/> Obolenja žolča, jeter in ledvic <input checked="" type="checkbox"/> Obolenje želodca, druga notranja obolenja
2.8 Prejemanje dodatka za nego, dodatka za slepe ali drugega denarnega prejemka v zvezi z nego (Napotek: Ob celoletnem prejemanju ne obstaja pravica do olajšave za invalidnost v skladu s točko 2.6)	Začetek <input type="text" value="MM"/> <input type="text" value="MM"/> do Konec <input type="text" value="MM"/> <input type="text" value="MM"/> 2022	Začetek <input type="text" value="MM"/> <input type="text" value="MM"/> do Konec <input type="text" value="MM"/> <input type="text" value="MM"/> 2022
2.9.1 Vlagam zahtevek za pavšalno olajšavo za motorno vozilo, ki je registrirano na invalidno osebo. Obstaja zmanjšanje mobilnosti.	<input checked="" type="checkbox"/> da	<input checked="" type="checkbox"/> da
2.9.2 Vlagam zahtevek za pavšalno olajšavo za motorno vozilo, ki je registrirano na invalidno osebo. Obstaja dokument v skladu s čl. 29b StVO 1960.	<input checked="" type="checkbox"/> da	<input checked="" type="checkbox"/> da

1) V prilogi k obrazcu L 1 ne smete izpolniti polja 1.2.

2) **Partnerica/partner** sta zakonca, registrirana partnerja. Nadalje zunajzakonska partnerica/partner z vsaj enim otrokom, za katerega je bil vsaj sedem mesecev prejemano otroški dodatek (odst. 3 člena 106 EStG 1988). V nadaljevanju – če ni navedeno drugače – sta navedena kot „Partnerica/partner“.

3) Na voljo je invalidska izkaznica ali odločba o stopnji invalidnosti, ki jo je na zahtevo treba predložiti finančnemu uradu.



Izredna obremenitev od stopnje invalidnosti 25 % ali ob prejetju dodatka za nego	Prosilka/prosilec	Partnerica/partner
2.10 Uveljavljam dokazljive stroške taksi prevoza zaradi ugotovljene omejene mobilnosti in ni motornega vozila, ki bi bilo registrirano na invalidno osebo.	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"/> <input type="text"/>	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"/> <input type="text"/>
2.11 Uveljavljam neredne izdatke za pripomočke, kot so na primer invalidski voziček, slušni aparat, pripomočki za slepe, ali stroške za zdravljenje, kot so stroški zdravnika, zdravil. Odštel/a sem vsa prejeta povračila stroškov.	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"/>	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"/> <input type="text"/>
Dejanski stroški na podlagi invalidnosti	Prosilka/prosilec	Partnerica/partner
2.12 Namesto pavšalne olajšave za invalidnost uveljavljam dejanske izdatke, na primer stroške za negovalni dom. Odštel/a sem denarne prejemke v zvezi z nego in sorazmerni prihranek gospodinjstva v višini 156,96 evrov mesečno. Upoštevajte: Če uveljavljate dejanske stroške invalidnosti, ne vnašajte ničesar pod točkami 2.6, 2.7, 2.9.1, 2.9.2, 2.10 in 2.11. V tem primeru je treba izračunati posamezne pozicije in vnesti končno vsoto pod številčno oznako 439 ali 418. Če obstajajo pavšalne olajšave za dietno prehrano ali za avtomobil zaradi omejene mobilnosti ali izkaznice v skladu s čl. 29b StVO, je treba te vrednosti upoštevati v izračunu.	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"/>	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"/> <input type="text"/>

Napotki

Originalni dokumenti in dokazila

Originalne dokumente in dokazila hranite vsaj 7 let za namene morebitnega preverjanja. Skupaj s to izjavo nam ne posredujte nobenih dodatnih dokumentov kot dokazila.

Izjava o pravilnosti in popolnosti

S svojim podpisom potrjujem, da so vse navedbe resnične. Seznanjen/a sem s tem, da so nepravilne ali nepopolne navedbe kaznive.

Davčno zastopanje (ime, naslov, telefonska številka)

Datum, podpis

