

Finanzamt Österreich
Postfach 260
1000 Wien

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

2023

Priloga L 1k za 2023

k obrazcu L 1 ali E 1 za:

- **Družinski bonus Plus** (točka 3), **obvezno izpolnite** – tudi, če ste zahtevek že vložili pri delodajalcu
- **Olajšavo za plačilo preživnine** (točka 4),
- **Izredne obremenitve za otroke** (točka 5)
- **Naknadno obdavčitev** dodatka za varstvo otrok, ki ga izplača delodajalec (točka 6).

Kako pravilno izpolnite ta obrazec?

- Vse navedbe morajo biti resnične.
- Pišite z **VELIKIMI TISKANIMI ČRKAMI** in uporabljajte samo črno ali modro barvo – polja z zneski izpolnite v evrih in centih
- Izpolniti morate vsa krepko obrobljena polja
- Veljavne točke prekrizajte
- V tej izjavi je dovoljena tudi uporaba jezika priznane etnične skupine

Dodatne informacije so na voljo tudi v publikaciji **Steuerbuch 2024 (bmf.gv.at)** in v **Pomoči pri izpolnjevanju L 2**

1. Podatki o prosilki/prosilcu

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)

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

2. Podatki o otroku (za vsakega otroka izpolnite svojo prilogo L 1k)

2.1 DRUŽINSKO IME ALI PRIIMEK

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

2.2 IME

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

2.3 10-mestna številka socialnega zavarovanja otroka

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

2.4 Datum rojstva (če **ni** številke socialnega zavarovanja, **vedno** izpolnite)

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

2.5 Številka evropske kartice zdravstvenega zavarovanja, če ni na voljo številka socialnega zavarovanja

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

2.6 Država prebivališča otroka ²⁾

--	--

3. Družinski bonus Plus

- V napovedi morate **vedno** zaprositi za družinski bonus Plus, tudi če je ta že bil upoštevan pri delodajalcu. V nasprotnem primeru lahko pride do neželenega doplačila. Zahtevate lahko tudi drugačno razdelitev kot pri delodajalcu.
- Družinski bonus Plus se lahko za vsakega otroka upošteva v celoti največ enkrat in lahko zmanjša dohodnino največ na nič.
- Če uveljavljate družinski bonus Plus, upoštevajte, da vam za vsakega otroka skupaj ne more pripadati več od celotnega družinskega bonusa Plus. V nasprotnem primeru se upošteva polovica.
- **Uskladite se z drugim staršem**, da ne bi uveljavljali preveč in da ne bi prišlo do neželenega doplačila.
- S to prilogo lahko zaprosite za družinski bonus Plus, če se vaše **družinske razmere v celotnem letu 2023 niso spreminjale**:
 - Točko 3.1 izpolnite, če za otroka ni bilo treba plačevati preživnine (alimentov) (npr. otrok v zakonski zvezi), ali če bi bilo treba za otroka plačevati preživnino (alimente), vendar v letu 2023 ni bilo nobenih plačil.
 - Točko 3.2 izpolnite, če je bilo treba za otroka plačevati preživnino in je bila ta plačana v celoti za celotno leto.
 - Za posebne primere uporabite obrazec L 1k-bF

3.1 Jaz ali moja (zakonska) partnerica/moj (zakonski partner) za otroka v letu 2023 **nisva prejela nobenih plačil preživnine (alimentov)**

Prejemam otroški dodatek in prosim za

polovični

celotni družinski bonus Plus

Moja (zakonska) partnerica/moj (zakonski partner) prejema otroški dodatek in prosim za

polovični

celotni družinski bonus Plus

3.2 Preživnina (aliment) za otroka je bila plačana za **celo leto 2023 v polnem obsegu**

Prejel/a sem otroške dodatke in polno preživnino ter prosim za

polovični

celotni družinski bonus Plus

Plačal/a sem polno preživnino ³⁾ ter prosim za

polovični

celotni družinski bonus Plus

4. Olajšava za plačilo preživnine in plačevanje preživnine

4.1 **Olajšava za plačilo preživnine** za otroka, ki ni član gospodinjstva, za katerega sem plačeval/a zakonsko določeno preživnino (vedno izpolnite **obe polji z zneskom**)

Skupni znesek plačil preživnine v letu 2023:

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

Višina mesečne preživninske obveznosti ⁴⁾:

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

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

2) Vnesite avtomobilski razpoznavni znak države – npr. A za Avstrijo, D za Nemčijo, H za Madžarsko, SK za Slovaško, SLO za Slovenijo.

3) Točko 4.1 morate vedno izpolniti.

4) Če se je mesečna obveznost plačila preživnine spremenila med letom, vnesite povprečno vrednost.

4.2 Vsota plačil preživitve za otroka, ki stalno prebiva v tujini (zunaj EU, Švice, Norveške, Lihtenštajna in Islandije) in za katerega ne obstaja pravica do olajšave za plačilo preživitve

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

Čas plačevanja preživitve

od MM do MM 2023



5. Izredne obremenitve za otroka ⁵⁾

5.1 Uveljavljam izredne obremenitve za otroka brez invalidnosti (npr. stroške zdravljenja), zmanjšane za povračila in plačila

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

5.2 Krijem stroške za poklicno in strokovno izobraževanje zunaj kraja bivališča (točka 5.3) in za invalidnost otroka (točka 5.4) v navedenem odstotnem deležu

								%
--	--	--	--	--	--	--	--	---

5.3 Uveljavljam pavšal za poklicno in strokovno izobraževanje otroka zunaj kraja bivališča (za kritje stroškov glejte točko 5.2)

5.3.1 Trajanje poklicnega in strokovnega izobraževanja zunaj kraja bivališča v mesecih

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

5.3.2 Poštna številka lokacije izobraževanja

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

5.3.3 Država izobraževanja (avtomobilski razpoznavni znak države) ²⁾

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

5.4 Podatki o otrokovi invalidnosti (za kritje stroškov glejte točko 5.2)

5.4.1 Za otroka uveljavljam pavšalno olajšavo za invalidnost (odst. 3 čl. 35 EStG) Pogoji: Najm. 25 % invalidnost, brez dodatka za nego, brez prejemanja povišanih otroških dodatkov) in pod točko 5.4.7 ne uveljavljam dejanskih stroškov zaradi invalidnosti (Pozor: Pod točkama 5.4.3 in 5.4.7 ne vnašajte nobenih podatkov)

Stopnja invalidnosti

								%
--	--	--	--	--	--	--	--	---

5.4.2 Za otroka uveljavljam pavšalno olajšavo za dietno prehrano zaradi:

- sladkorne bolezni, tuberkuloze, celiakije, aidsa
- Obolenja žolča, jeter, ledvic
- Obolenja želodca, drugega notranjega obolenja

5.4.3 Uveljavljam pavšalno olajšavo v višini 262 evrov na mesec za težje prizadetega otroka, za katerega prejemam povišan otroški dodatek. Pod točko 5.4.7 ne uveljavljam dejanskih stroškov. (Pozor: Pod točkami 5.4.1, 5.4.2 in 5.4.7 ne vnašajte nobenih podatkov)

od MM do MM 2023

5.4.4 Mesečni denarni prejemki za nego v višini (ob celoletnem prejemanju ne obstaja pravica do olajšave za invalidnost v skladu s točko 5.4.1)

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

Obdobje prejemanja denarnih prejemkov za nego

od MM do MM 2023

5.4.5 Šolnina za posebno (negovalno) šolo oz. invalidske delavnice

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

5.4.6 Neredni izdatki za pripomočke (npr. invalidski voziček, slušni aparat, pripomočki za slepe) ter stroški terapijskega zdravljenja (npr. stroški zdravnika, zdravnice) **Odštel/a sem vsa morebitna povračila stroškov.**

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

5.4.7 Namesto pavšalnih olajšav (točke 5.4.1, 5.4.2 ali 5.4.3) uveljavljam dejanske stroške. **Odštel/a sem morebitne denarne prejemke v zvezi z nego.** (Pozor: Ne vnašajte ničesar pod točkami 5.4.1, 5.4.2, 5.4.3, 5.4.5 ali 5.4.6) Če vam pripadajo pavšalne olajšave, morate te vrednosti upoštevati v izračunu.

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

6. Naknadno obdavčitev dodatka za varstvo otrok, ki ga izplača delodajalec

Dodatek za varstvo otrok, ki ga je izplačal delodajalec, je pri obračunu davka na plačo nepravilno ostal neobdavčen. Potrebna je naknadna obdavčitev dodatka v višini

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

²⁾ Vnesite avtomobilski razpoznavni znak države – npr. A za Avstrijo, D za Nemčijo, H za Madžarsko, SK za Slovaško, SLO za Slovenijo

⁵⁾ Samo za otroka, za katerega ste vi ali vaša (zakonska) partnerica/vaš (zakonski) partner v letu davčne odmere vsaj 7 mesecev prejeli otroški dodatek ali za katerega vam vsaj za 7 mesecev pripada olajšava za plačilo preživitve (čl. 106 EStG 1988). To ne vpliva na točko 5.3.

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 se lahko nepopolni ali napačni podatki kaznujejo.

Davčno zastopanje (ime, naslov, telefonska številka)

Datum, podpis

