

Finanzamt Österreich
Postfach 260
1000 Wien

Tip: Toto přiznání můžete také vyplnit a odeslat v papírové podobě prostřednictvím portálu FinanzOnline (bmf.gv.at) - kdykoli a bez speciálního softwaru.

2024

Příloha L 1ab pro rok 2024

k tiskopisu L 1 nebo E 1 pro mimořádné životní náklady

Jak správně vyplnit tento tiskopis?

- Všechny údaje musejí být pravdivé
- Vyplňujte VELKÝMI PÍSMENY a pouze černou nebo modrou barvou
- Doplňte barvu – pole s částkami v eurech a centech

- V každém případě musejí být vyplněna tučně ohraničená pole
- Příslušné hodící se body označujte křížkem
- V tomto prohlášení je rovněž povoleno používat uznaný jazyk národnostní skupiny

Doplňující informace lze nalézt také v daňové knize – Steuerbuch 2025 (bmf.gv.at) a v průvodci vyplněním L 2

1. Údaje o osobě		
1.1 10místné číslo sociálního pojištění podle e-card	1.2 Daňové identifikační číslo ¹⁾	1.3 Datum narození (není-li k dispozici číslo sociálního pojištění, nutno vždy vyplnit)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. Mimořádné životní náklady (pod každým kódem uveďte pouze úhrnnou roční částku v EUR a centech)		
Pro uplatnění mimořádných nákladů na děti použijte pro každé dítě jednu Přílohu L 1k .		
Mimořádné životní náklady se spoluúčastí (po odečtení obdržených náhrad nebo úhrad)		
2.1 Nemocenské náklady (včetně zubních náhrad)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2.2 Náklady pohřbu (nejsou-li kryty z následujících zdrojů: aktiva z pozůstalosti, pojistná plnění, od daně osvobozené náhrady od zaměstnavatelky/zaměstnavatele, převod majetku v období posledních 7 let před úmrtím)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2.3 Náklady lázeňské léčby po odečtení poměrného podílu úspor domácnosti za stravování (plná penze) ve výši 5,23 EUR/den	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2.4 Ostatní mimořádné životní náklady nespádající pod body 2.1 až 2.3	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Mimořádné životní náklady bez spoluúčasti		
2.5 Škody způsobené živelními pohromami (po odečtení obdržených náhrad nebo finančních kompenzací)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Mimořádné životní náklady od stupně zdravotního postižení v rozsahu 25 % nebo v případě pobírání příspěvku na pečovatelskou službu	Žadatel/ka	Partner/ka ²⁾
2.6 Žádám o částku osvobozenou od daně za zdravotní postižení (předpoklad: nejméně 25% postižení, nepobírám příspěvek na pečovatelskou službu) a nebudu uplatňovat skutečné náklady z důvodu zdravotního postižení (kódy 439/418)	Stupeň zdravotního postižení ³⁾ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> %	Stupeň zdravotního postižení ³⁾ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> %
2.7 Žádám o paušální částku osvobozenou od daně za dietní stravu kvůli následujícímu onemocnění (předpoklad: Stupeň postižení nejméně 25 %, z toho min. 20 % připadá na onemocnění, kvůli kterému musím držet dietu):	<input checked="" type="checkbox"/> cukrovka, tuberkulóza, celiakie, AIDS <input checked="" type="checkbox"/> choroby žlučníku, jater, ledvin <input checked="" type="checkbox"/> onemocnění žaludku, jiné vnitřní choroby	<input checked="" type="checkbox"/> cukrovka, tuberkulóza, celiakie, AIDS <input checked="" type="checkbox"/> choroby žlučníku, jater, ledvin <input checked="" type="checkbox"/> onemocnění žaludku, jiné vnitřní choroby
2.8 Je pobírán příspěvek na pečovatelskou službu, příspěvek pro nevidomé nebo jiná péči podmíněná peněžitou dávkou (Upozornění: Při celoročním pobírání nenáležejí paušální částka osvobozená od daně z důvodu zdravotního postižení podle bodu 2.6)	Začátek <input type="text"/> <input type="text"/> do <input type="text"/> <input type="text"/> 2024	Začátek <input type="text"/> <input type="text"/> do <input type="text"/> <input type="text"/> 2024
2.9 Žádám o paušální částku osvobozenou od daně za motorové vozidlo registrované na zdravotně postiženou osobu. Je zde omezení pohyblivosti nebo průkaz podle § 29b StVO 1960 (pravidla provozu na pozemních komunikacích).	<input checked="" type="checkbox"/> ano	<input checked="" type="checkbox"/> ano

1) Jedná-li se o přílohu k tiskopisu L 1, **není** třeba pole 1.2 vyplňovat.

2) **Partner/ka** jsou manžel/ka, registrovaný/registrovaná partner/ka. Dále družka/druh s nejméně jedním dítětem, na které byly po dobu nejméně sedmi měsíců pobírány rodinné příspěvky (§ 106, odst. 3 zákona o dani z příjmů - EStG 1988). Tyto osoby jsou dále – není-li uvedeno jinak – označovány jako „partner/ka“.

3) Průkaz invalidní osoby nebo rozhodnutí o zařazení do příslušného stupně invalidity je k dispozici a musí být na výzvu finančního úřadu předloženo/o.



Mimořádné životní náklady od stupně zdravotního postižení v rozsahu 25 % nebo v případě pobírání příspěvku na pečovatelskou službu	Žadatel/ka	Partner/ka
2.10 Uplatňuji prokazatelné náklady na taxislužbu z důvodu zjištěného omezení mobility a nemám k dispozici motorové vozidlo registrované na zdravotně postiženou osobu.	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">435</div> <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"/>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">436</div> <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 Uplatňuji nepravdivé výdaje za pomůcky, jako např. invalidní vozík, naslouchátko, pomůcky pro nevidomé, nebo náklady na léčbu, jako náklady na lékařské ošetření, léky. Obdržené náhrady nákladů jsem odečetl/a.	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">476</div> <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"/>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">417</div> <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"/>
Skutečné náklady z důvodu zdravotního postižení	Žadatel/ka	Partner/ka
2.12 Namísto paušálních částek osvobozených od daně za zdravotní postižení uplatňuji skutečné výdaje, například náklady na domov s pečovatelskou službou. Odečetl(a) jsem peněžité dávky podmíněné péčí a poměrnou úsporu domácnosti ve výši 156,96 EUR měsíčně. <i>Mějte na paměti: Uplatňujete-li skutečné náklady spojené se zdravotním postižením, nesmí být pod body 2.6, 2.7, 2.9, 2.10 a 2.11 nic zapisováno. V tomto případě musejí být všechny položky vypočítány a konečný součet zapsán pod kódem 439 nebo 418. Příslušejí-li paušální částky osvobozené od daně za dietní stravování nebo za motorové vozidlo v důsledku snížené mobility nebo na základě průkazu podle § 29b vyhlášky o silničním provozu (StVO), musejí být tyto hodnoty zahrnuty do výpočtu.</i>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">439</div> <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"/>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">418</div> <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"/>

Upozornění

Originály dokumentů a dokladů

Uchovávejte své originály dokumentů a dokladů po dobu nejméně 7 let pro případnou kontrolu. Společně s tímto přiznáním nám nezasílejte žádné další podklady za účelem doložení údajů.

Prohlášení o správnosti a úplnosti

Svým podpisem stvrzuji, že všechny údaje jsou pravdivé. Beru na vědomí, že uvedení nesprávných nebo neúplných údajů je trestné.

Daňové zastoupení (jméno, adresa, telefonní číslo)

Datum, podpis

