

Finanzamt Österreich
Postfach 260
1000 Wien

Tip: Toto přiznání můžete také vyplnit a odeslat elektronicky prostřednictvím portálu FinanzOnline (bmf.gv.at) – kdykoli a bez speciálního softwaru.

2025

Příloha L 1ab pro rok 2025

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 – pole s částkami v eurech a centech

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

Doplňující informace lze nalézt také v Daňové knize Steuerbuch 2026 (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)

D	D	M	M	R	R	R	R
---	---	---	---	---	---	---	---

2. Výše příjmů manžela/manželky nebo registrovaného partnera/partnerky

- ☒ Prohlašuji, že roční příjmy mé manželky / mého manžela nebo mé registrované partnerky / mého registrovaného partnera nepřekročily částku 7 284 EUR.

Upozornění: V tomto případě náleží nižší spoluúčast u mimořádných životních nákladů a náhrada výdajů v důsledku zdravotního postižení manželce/manželovi nebo registrované partnerce/ registrovanému partnerovi (tiskopis L 1ab).

3. 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)

3.1 Nemocenské náklady (včetně zubních náhrad)

730

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

3.2 Náklady pohřbu (nejsou-li kryty z následujících zdrojů: aktiva z pozůstalosti, pojistná plnění, od daně osvobozené náhrady od zaměstnavatele, převod majetku v období posledních 7 let před úmrtím)

731

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

3.3 Náklady lázeňské léčby po odečtení poměrného podílu úspor domácnosti za stravování (plná penze) ve výši 5,23 EUR/den

734

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

3.4 Ostatní mimořádné životní náklady nespádající pod body 3.1 až 3.3

735

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

Mimořádné životní náklady bez spoluúčasti

3.5 Škody způsobené živelními pohromami (po odečtení obdržených náhrad nebo finančních kompenzací)

475

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

Mimořádné životní náklady od stupně zdravotního postižení v rozsahu 25 % nebo v případě pobírání příspěvku na pečovatelskou službu

Žadatel/ka

Partner/ka ²⁾

3.6 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⁾

--	--	--

%

Stupeň zdravotního postižení ³⁾

--	--	--

%

3.7 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):

- ☒ cukrovka, tuberkulóza, celiakie, AIDS
☒ choroby žlučníku, jater, ledvin
☒ onemocnění žaludku, jiné vnitřní choroby

- ☒ cukrovka, tuberkulóza, celiakie, AIDS
☒ choroby žlučníku, jater, ledvin
☒ onemocnění žaludku, jiné vnitřní choroby

3.8 Je pobírán příspěvek na pečovatelskou službu, příspěvek pro nevidomé nebo jiná péči podmíněná peněžitou dávkou (Upozornění: Při celoročním pobírání nenáleží paušální částka osvobozená od daně z důvodu zdravotního postižení podle bodu 3.6)

Začátek

Konec

M	M
---	---

do

M	M
---	---

2025

Začátek

Konec

M	M
---	---

do

M	M
---	---

2025

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 přídavky (§ 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 předložen/o.

Mimořádné životní náklady od stupně zdravotního postižení v rozsahu 25 % nebo v případě pobírání příspěvku na pečovatelskou službu	Žadatel/ka	Partner/ka
3.9 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).	☒ ano	☒ ano
3.10 Uplatňuji prokazatelné náklady na taxislužbu z důvodu zjištěného omezení mobility a nemám k dispozici motorové vozidlo registrované na zdravotně postiženou osobu.	435	436
3.11 Uplatňuji nepravdivé výdaje za pomůcky, jako např. invalidní vozík, naslouchátko, pomůcky pro nevidomé, nebo náklady na léčbu, jako jsou náklady na lékařské ošetření, léky. Obdržené náhrady nákladů jsem odečetl/a.	476	417
Skutečné náklady z důvodu zdravotního postižení	Žadatel/ka	Partner/ka
3.12 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. Mějte na paměti: Uplatňujete-li skutečné náklady spojené se zdravotním postižením, nesmí být pod body 3.6, 3.7, 3.9, 3.10 a 3.11 nic zapisováno. V tomto případě musejí být všechny položky vypočítány a konečný součet zapsán pod kódem 439 nebo 418. Přísluší-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.	439	418

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