

Finanzamt Österreich
Postfach 260
1000 Wien

Tip: Toto priznanie môžete vyplniť a doručiť aj v bezpapierovej forme prostredníctvom FinanzOnline (bmf.gv.at) – 24 hodín denne a bez špeciálneho softvéru.

2025

Príloha L 1ab za rok 2025

k formuláru L 1 alebo E 1 pre mimoriadne náklady

Ako vyplníte tento formulár správne?

- Všetky údaje musia byť pravdivé
- Vyplňte **VELKÝMI PÍSMENAMI** a iba čiernou alebo modrou farbou - Políčka so sumami v eurách a eurocentoch

- Hrubo orámované políčka musíte vyplniť v každom prípade
- Body, ktoré sú príhodné, označte krížikom
- V tomto priznaní je prípustné aj použitie uznaného jazyka národnostných menšín

Doplňujúce informácie nájdete taktiež v Daňovej knihe 2026 (Steuerbuch 2026) (bmf.gv.at) a v pomocníkovi pri vyplňaní L 2

1. Informácie o osobe

1.1 10-miestne číslo sociálneho poistenia podľa e-card

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

1.2 Daňové identifikačné číslo ¹⁾

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

1.3 Dátum narodenia (ak **nie je** k dispozícii číslo sociálneho poistenia, v každom prípade vyplniť)

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

2. Výška príjmov manželky/manžela alebo registrovanej partnerky/registrovaného partnera

- ☒ Vyhlasujem, že ročné príjmy mojej manželky/môjho manžela, mojej registrovanej partnerky/môjho registrovaného partnera neprekročili 7 284 eur.

Oznámenie: V tomto prípade prináleží nižšia spoluúčasť v prípade mimoriadnych nákladov a nákladov/výdavkov podmienených postihnutím manželky/manžela alebo registrovanej partnerky/registrovaného partnera (formulár L 1ab).

3. Mimoriadne náklady (v každom identifikačnom čísle uveďte iba celkovú ročnú sumu v eurách a eurocentoch)

Na uplatnenie mimoriadnych nákladov na deti použite pre každé jedno dieťa prílohu L 1k.

Mimoriadne náklady so spoluúčasťou (odrátajúc získané náhrady alebo úhrady)

3.1 Výdavky spojené s ochorením (vrátane zubných protéz)

730

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

3.2 Náklady na pohreb (pokiaľ nie sú kryté: aktívami z dedičstva, plneniami poistného, od dane oslobodenými náhradami zamestnávateľa, prevodom majetku v priebehu posledných 7 rokov pred úmrtím)

731

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

3.3 Výdavky spojené s kúpeľnou liečbou po odpočte alikvotnej úspory v domácom rozpočte na stravu (plná penzia) vo výške 5,23 EUR na deň

734

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

3.4 Ostatné mimoriadne náklady, nespádajúce pod 3.1 až 3.3

735

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

Mimoriadne náklady bez spoluúčasti

3.5 Škody spôsobené katastrofami (odrátajúc prijaté náhrady alebo úhrady)

475

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

Mimoriadne náklady od stupňa postihnutia 25 % alebo v prípade poberania príspevku na opatrovanie

Žiadateľ/žiadateľka

Partner/partnerka ²⁾

3.6 Žiadam o nezdanieľnú sumu za postihnutie (predpoklad: min. 25 % postihnutie, žiadne poberanie príspevku na opatrovanie) a neuplatňujem si žiadne skutočné náklady spôsobené postihnutím (identifikačné čísla 439/418)

Stupeň postihnutia ³⁾

--	--	--	--

 %

Stupeň postihnutia ³⁾

--	--	--	--

 %

3.7 Žiadam o paušálnu nezdanieľnú sumu na diétu stravu kvôli nasledujúcej chorobe (predpoklad: Stupeň postihnutia min. 25 %, z toho min. 20 % pripadajúcich na postihnutie, na základe diéty, ktorá sa musí dodržiavať):

- ☒ Cukrovka, tuberkulóza, celiakia, AID
☒ Ochorenie žľaz, pečene, obličiek
☒ Ochorenie žalúdka, iné vnútorné ochorenie

- ☒ Cukrovka, tuberkulóza, celiakia, AID
☒ Ochorenie žľaz, pečene, obličiek
☒ Ochorenie žalúdka, iné vnútorné ochorenie

3.8 Poberám príspevok na opatrovanie, slepecký príspevok alebo inú peňažnú dávku podmienenú opatrovaním (Oznámenie: Pri celoročnom poberaní neprináleží podľa bodu 3.6 nezdanieľná suma za postihnutie)

Začiatok

Koniec

M	M
---	---

 do

M	M
---	---

 2025

Začiatok

Koniec

M	M
---	---

 do

M	M
---	---

 2025

¹⁾ Ak ide o prílohu k formuláru L 1 **nemusíte** vyplňať políčko 1.2.

²⁾ **Partner/partnerka** je manželom/manželkou, registrovaným partnerom/partnerkou. Ďalej druhovia/družky s minimálne jedným dieťaťom, za ktoré boli minimálne sedem mesiacov poberané rodinné prídavky (§ 106 ods. 3 zákona o dani z príjmov EStG 1988). Ďalej budú označovaní/označované – ak nie je uvedené inak – ako „partner/partnerka“.

³⁾ Ak vlastníte preukaz ZŤP alebo rozhodnutie o klasifikácii postihnutia, ktoré musíte na výzvu finančnej správy predložiť.

Mimoriadne náklady od stupňa postihnutia 25 % alebo v prípade poberania príspevku na opatrovanie	Žiadateľ/žiadateľka	Partner/partnerka
3.9 Žiadam o paušálnu nezdaniiteľnú sumu pre motorové vozidlo prihlásené na postihnutú osobu. Existuje obmedzenie mobility alebo je k dispozícii preukaz podľa § 29b StVO 1960 (pravidiel cestnej premávky 1960).	☒ áno	☒ áno
3.10 Na základe zisteného obmedzenia mobility si uplatňujem preukázateľné náklady za taxislužby , pri čom nie je k dispozícii žiadne na postihnutú osobu prihlásené motorové vozidlo.	435	436
3.11 Uplatňujem si nepravidelné výdavky za pomocné prostriedky, ako napríklad invalidný vozík, načúvací prístroj, pomôcky pre nevidomých alebo náklady za liečebné procedúry, ako sú výdavky za lekára, lieky. Prijaté náhrady výdavkov som odpočítal(a).	476	417
Skutočné náklady na základe postihnutia	Žiadateľ/žiadateľka	Partner/partnerka
3.12 Namiesto paušálnych nezdaniiteľných čiastok za postihnutie si uplatňujem skutočné výdavky, ako napríklad náklady za domov opatrovateľskej/ sociálnej starostlivosti. Opatrovaním podmienené, prijaté, peňažné dávky a podielové úspory v domácom rozpočte v mesačnej výške 156,96 eur som odpočítal(a). Venujte pozornosť nasledujúcemu: Ak si uplatňujete skutočné náklady postihnutia, nesmiete v bodoch 3.6, 3.7, 3.9, 3.10 a 3.11 vykonať žiadne záznamy. V takomto prípade musíte všetky položky vypočítať a výsledné sumy zapísať pod IČ 439 alebo 418. Pokiaľ prináležia paušálne nezdaniiteľné sumy za diétnu stravu alebo za motorové vozidlo z dôvodu obmedzenia mobility alebo preukazu podľa § 29b StVO (pravidlá cestnej premávky), musíte tieto hodnoty do výpočtu započítať.	439	418

Oznámenia

Originály dokumentov a dokladov

Pre prípadnú kontrolu si originály dokumentov a dokladov uschovajte minimálne na 7 rokov. Nezasielajte nám s týmto priznaním **žiadne** dodatočné podklady ako dôkaz.

Vyhlásenie o správnosti a úplnosti

Svojim podpisom potvrdzujem, že všetky údaje sú pravdivé. Som si vedomý/-á toho, že nesprávne alebo neúplné údaje sú trestne stíhateľné.

Zástupca pre daňové záležitosti (meno a priezvisko/názov, adresa, telefón)

Dátum, podpis