

# Abzugsmerkmale für Steuern und Sozialabgaben

bei Erwerbstätigkeit außerhalb Deutschlands oder Wohnsitz in  
einem Mitgliedsstaat der EU, des EWR oder der Schweiz

Name Antragsteller: \_\_\_\_\_

Name(n) Kind/Kinder: \_\_\_\_\_

Antragsnummer (falls vorhanden): \_\_\_\_\_

**Maßgeblicher Bemessungszeitraum:** von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

**Bitte beachten Sie:** Von dem durchschnittlichen Monatseinkommen werden die darauf rechnerisch zu ermittelnden Steuern und Sozialabgaben abgezogen. Die Steuern enthalten die Einkommenssteuer, den Solidaritätszuschlag und - wenn im Bemessungszeitraum eine Kirchensteuerpflicht bestand - die Kirchensteuer.

Ein Abzug für Sozialabgaben erfolgt, wenn im Bemessungszeitraum überwiegend eine Pflichtmitgliedschaft im betreffenden Zweig der gesetzlichen Sozialversicherung bestand.

Wir benötigen zur Berücksichtigung der Abzüge folgende Angaben:

## 1. Abzugsmerkmale für Steuern

- Im Bemessungszeitraum bestand eine **Kirchensteuerpflicht** in einer Steuer erhebenden Religionsgemeinschaft.  
Für den Fall, dass im Sie im Bemessungszeitraum nur teilweise kirchensteuerpflichtig waren, geben Sie uns bitte zusätzlich den Zeitraum an, in dem die Kirchensteuerpflicht bestand:  
von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

- Im Bemessungszeitraum wurden bei mir **steuerlich Kinderfreibeträge** berücksichtigt.  
Anzahl der Kinderfreibeträge: \_\_\_\_\_

**Bitte reichen Sie uns geeignete Nachweise ein (zum Beispiel Veranlagung zu Staats- und Gemeindesteuern, Einkommensteuerbescheid, Avis d'impôt, Bestätigung der Steuer erhebenden Religionsgemeinschaft).**

## 2. Abzugsmerkmale für Sozialabgaben

Im Bemessungszeitraum war ich **pflichtversichert**

- in der gesetzlichen **Rentenversicherung** bei einer Einrichtung, die mit der Deutschen Rentenversicherung vergleichbar ist.  
Bestand die Versicherungspflicht nicht während des gesamten Zeitraums,  
bitte den versicherungspflichtigen Zeitraum angeben: von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_
- in der gesetzlichen **Krankenversicherung** bei einer gesetzlichen Krankenkasse oder einer vergleichbaren Einrichtung.  
Bestand die Versicherungspflicht nicht während des gesamten Zeitraums,  
bitte den versicherungspflichtigen Zeitraum angeben: von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
**Bitte reichen Sie uns als Nachweis eine Bescheinigung des Versicherungsträgers ein, aus der die Art der Versicherung und der Zeitraum, in dem die Versicherungspflicht bestand, hervorgehen.**

Ort/Datum: \_\_\_\_\_

**Unterschrift:** \_\_\_\_\_