

EINKOMMENSTEUER CHECKLISTE

Wir kümmern uns um Ihre Steuern für das Jahr _____

Sie halten unsere Steuer Checkliste in den Händen. Wir bitten Sie, diesen auszufüllen und unterschrieben mit den notwendigen Belegen an uns zurückzugeben.

JANTSCHKE - TEAM

STEUER CHECKLISTE FÜR DAS JAHR _____

EST 1 A

A. Persönliche Angaben

(Falls sich etwas geändert hat im Vergleich zum Vorjahr)

	Steuerpflichtiger	Ehepartner
Vorname / Nachname	_____	_____
Geburtsdatum (tt/mm/jjj)	_____	_____
Beruf	_____	_____
Adresse: Straße	_____	_____
PLZ / Wohnort	_____	_____
Staatsangehörigkeit	_____	_____
Religion	_____	_____
Telefon Arbeit	_____	_____
Telefon privat	_____	_____
Handy-Nummer	_____	_____
E-Mail	_____	_____
Steuernummer	_____	_____
ID	_____	_____
Familienstand	<input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet	
seit	_____	

IBAN	BIC	Kreditinstitut

Ist der Vorjahresbescheid vorhanden? Ja Nein

Anlage Kind

B. Kinder

Vorname/Nachname	Geburtsdatum	Adresse
1.		
2.		
3.		

Haben Sie Schulgebühren für Ihr Kind/Ihre Kinder entrichtet? Ja Nein
Falls ja, bitte Rechnungen beifügen.

Haben Sie Gebühren für Kinderbetreuung entrichtet? Ja Nein
Falls ja, bitte Rechnungen beifügen.

Haben Sie Kindergeld erhalten? Ja Nein
Falls ja, bitte Bescheid beifügen.

Haben Sie Kinder über 18 Jahren, die in einer Ausbildung oder einem Studium sind? Ja Nein
Falls ja, bitte Nachweis beifügen.

Haben Sie Ihre Kinder auswärtig untergebracht? Ja Nein
Falls ja, bitte Nachweis beifügen.

Sind Sie alleinerziehend und leben alleine mit Ihren Kindern? Ja Nein
Falls ja, bitte Nachweis beifügen

Anlage N

C. Einkünfte aus nichtselbständiger Tätigkeit

1. Löhne, Gehälter und andere Einkünfte

bitte fügen Sie als Anlage Ihre elektronische Lohnsteuerbescheinigung bei.

Haben Sie in anderen Ländern Einnahmen erzielt? Ja Nein
Falls ja, bitte als Nachweis die Jahreserklärung oder den Steuerbescheid beifügen.

Haben Sie Arbeitslosengeld; Mutterschaftsgeld, Krankengeld oder andere Leistungen erhalten? Ja Nein
Falls ja, bitte als Nachweis den Bescheid beifügen.

2. Werbungskosten

2.1. Fahrtkosten zwischen Wohnung u. Arbeitsstätte

Entfernung zur Arbeit	Amtl. Kennzeichen	Fahrzeugart
km		<input type="checkbox"/> Privatfahrzeug <input type="checkbox"/> Firmenfahrzeug

2.2. Geschäftsreisen

Beginn Datum /Uhrzeit	Ende Datum/ Uhrzeit	Grund der Geschäftsreise	Gefahrene Kilometer	Sonstige Ausgaben	Erstattung

2.3. Umzugskosten

- Sind Sie arbeitsbedingt umgezogen? Ja Nein
 Hatten Sie Umzugskosten? Ja Nein
 Wurden diese Kosten vom Arbeitgeber (teilweise) erstattet? Ja Nein
Falls die Kosten nicht erstattet wurden, fügen Sie die Rechnungen bitte bei.

2.4. Kosten für Doppelte Haushaltsführung

Fügen Sie bitte folgende Unterlagen bei

- Kopie des Mietvertrags
 Kopie der Nebenkostenabrechnung, Strom etc.
 Kopie des Mietvertrags oder Nachweis Ihres Eigentums an Ihrem Erstwohnsitz

Kosten für Heimreisen

Beginn Datum /Uhrzeit	Ende Datum/ Uhrzeit	Grund der Heimreise	Gefahrene Kilometer	Sonstige Ausgaben	Erstattung

Bitte fügen Sie die Rechnungen für Flüge, Bahn, Parkkosten etc. bei.

2.5. Sonstige Werbungskosten

- Haben Sie ein Studendarlehen erhalten? Ja Nein
Falls ja, fügen Sie bitte die Dokumente bei.

- Hatten Sie Ausgaben für
- | | | |
|-------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Gewerkschaft/Berufsverband | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Wegeunfallkosten | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Bewerbungskosten | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Fachliteratur | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| PC-Zubehör | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Telefonkosten | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Gewerkschaften/Berufsverbände | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Häusliches Arbeitszimmer | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Fort- und Weiterbildungen | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Anderer | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

Falls ja, bitte fügen Sie die Nachweise bei.

Anlage KAP

D. Kapitaleinkünfte

1. Inländische Kapitaleinkünfte (z.B. Zinserträge, Dividenden)

Name der Bank	Kontonummer	Betrag

Bitte fügen Sie die Nachweise bei (Bspw. Jahresbescheinigung über Kapitalerträge nach § 24c).

2. Ausländische Kapitaleinkünfte (z.B. Zinserträge, Dividenden)

Name der Bank	Kontonummer	Betrag

Bitte fügen Sie die Nachweise bei.

2. Ausländische Kapitaleinkünfte (z.B. Zinserträge, Dividenden)

Haben Sie ausländische Kapitaleinkünfte und/oder eine Bankverbindung? Ja Nein
Bitte fügen Sie die Nachweise bei.

Anlage V

E. Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung

Haben Sie Einnahmen aus Vermietung und Verpachtung im In- oder Ausland?
 Ja Nein

Falls ja, bitte weiter ausfüllen:

Art des Eigentums	Ort	

Bitte erfassen Sie alle Einnahme und Ausgaben:

	Art	Betrag
Einnahmen	Mietvertrag	
Ausgaben	Zinsen	
	Instandhaltungskosten	
	Wasser, Heizung, Versicherung	
	Abschreibungen	

Bitte fügen Sie die Nachweise bei.

Einheitskennzeichnung des Grundstücks: _____

Anlage GSE

F. Einkünfte aus selbständiger Tätigkeit und Gewerbebetrieb

1. Inländische Einkünfte aus selbständiger Tätigkeit und Gewerbebetrieb

Erzielen Sie Einkünfte aus selbständiger Tätigkeit?
Erzielen Sie Einkünfte aus Gewerbebetrieb?

Ja
 Ja

Nein
 Nein

Bitte erfassen Sie alle Einnahmen und Ausgaben:

	Art	Betrag
Einnahmen		
Ausgaben		

Bitte fügen Sie alle Rechnungen bei.

2. Ausländische Einkünfte aus selbständiger Tätigkeit und Gewerbebetrieb

Erzielen Sie Einkünfte aus selbständiger Tätigkeit?
Erzielen Sie Einkünfte aus Gewerbebetrieb?

Ja
 Ja

Nein
 Nein

Bitte fügen Sie den Jahresabschluss oder den Steuerbescheid bei.

3. Einkünfte aus Beteiligungen an Unternehmen und Gesellschaften

Erzielen Sie Einkünfte aus Beteiligungen?
Bitte fügen Sie die Nachweise bei.

Ja

Nein

Anlage SO / R

G. Andere Einkünfte

1. Renten oder Pensionen

Land	Name	Zahlung seit	Betrag

Falls ja, fügen Sie bitte die Nachweise bei.

2. Unterhalt

Beziehen Sie Unterhalt von Ihrem Ehegatten?
Falls ja, in welcher Höhe? _____

Ja

Nein

EST 1 A

H. Weitere Ausgaben

1. Sonderausgaben

1.1. Versicherungen

Krankenversicherung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Lebensversicherung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Unfallversicherung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Haftpflichtversicherung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Kfz-Versicherung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Falls ja, bitte die Beitragsnachweise beifügen.

1.2. Steuerberatungskosten

Hatten Sie Ausgaben für Steuerberatungskosten? Ja Nein
Falls ja, bitte Rechnung beifügen.

1.3. Spenden und Mitgliedschaften

Spenden für religiöse oder karitative Zwecke Ja Nein
Mitgliedschaft in Partei Ja Nein

1.4. Unterhaltszahlungen

Zahlen Sie Unterhalt an Ihren Ehegatten? Ja Nein
Falls ja, in welcher Höhe? _____ *Name des Empfängers* _____

1.5 Haushaltsnahe Dienstleistungen/Handwerkerleistungen

Kosten für Handwerker? Ja Nein
Falls ja, bitte Rechnungen beifügen.

Leben Sie in einem gemieteten Haus oder einer Mietwohnung? Ja Nein
Falls ja, bitte fügen Sie die Nebenkostenabrechnung bei.

Beschäftigen Sie eine Haushaltshilfe? Ja Nein
Falls ja, bitte Rechnungen beifügen.

2. Außergewöhnliche Belastungen

2.1. Krankheitskosten

Ausgaben für Krankheitskosten, die nicht erstattet wurden Ja Nein
(inkl. Rezeptgebühren, Medikamente, Ärzte und Zahnärzte, Brillen und Kontaktlinsen, Kur))
Falls ja, bitte Rechnungen beifügen.

2.1. Scheidungskosten

Anwaltskosten (nur bis Veranlagung 2013) Ja Nein
Falls ja, bitte Rechnung beifügen.

2.1. Unterstützung für Angehörige im Ausland

Zahlungen an bedürftige Angehörige

Ja

Nein

Vorname / Nachname	Geburtstag	Anschrift
1.		
2.		

Bitte fügen Sie folgende Unterlagen bei:

- Zahlungsnachweise
- Unterhaltsformulare (nur bei Ausland)

2.2 Verkauf von Immobilie

Haben Sie eine Immobilie verkauft?

Ja

Nein

Falls ja, bitte Nachweise beifügen.

2.3 Behindertenpauschbetrag

Besitzt jemand aus Ihrer Familie einen Behindertenausweis

Ja

Nein

Falls ja, wer und zu wieviel Prozent? _____

Falls ja, bitte Nachweise beifügen.

2.4 Pflege Angehöriger

Pflegen Sie einen Angehörigen?

Ja

Nein

Falls ja, bitte Nachweise beifügen.

(Datum)

(Unterschrift/en)