

Angaben zu Steuern und Sozialabgaben

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

Name Antragsteller ¹	
Name(n) Kind/Kinder	Geburts-/Adoptionsdatum
Antragsnummer (falls vorhanden)	Maßgeblicher Bemessungszeitraum: von - bis

¹ In diesem Dokument verwendete Bezeichnungen wie „Antragsteller“ werden geschlechtsunspezifisch verwendet. Dies erfolgt aus Gründen der Lesbarkeit und beinhaltet weder Ausschluss noch Wertung.

Bitte beachten Sie: Von dem durchschnittlichen Monatseinkommen werden die darauf rechnerisch zu ermittelnden Steuern und Sozialabgaben abgezogen. Die Steuern enthalten die Einkommensteuer, 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. Angaben zu 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. Angaben zu 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