

DICHIARA sotto la propria responsabilità

oppure

oppure

nome e cognome _____ codice fiscale | | | | | | | | | | | | | | | |

ERKLÄRUNG FÜR DIE STEUERABZÜGE

GEMÄß ART. 12 u. 13 DES DPR 917/86 in geltender Fassung

Der/Die Begünstigte _____ geboren in _____
 (Vor- und Zuname des effektiv Begünstigten)
 am ____/____/____ und wohnhaft in _____ Prov. _____
 Straße _____ Steuernummer | | | | | | | | | | | | | | | |

ERKLÄRT unter eigener Verantwortung

Es muss mindestens ein Kästchen je Möglichkeit angekreuzt werden. Falls keine Auswahl angegeben wird, werden **WEDER** die Steuerabzüge für zu Lasten lebende Familienmitglieder gemäß Art. 12 des DPR 917/86 noch die gemäß Art. 13 des DPR 917/86 („andere Abzüge“) gewährt.

☐ **Die Abzüge gemäß Art. 13 des DPR 917/86 zu beantragen** und erklärt des Weiteren diese Abzüge von keinem anderen Arbeitgeber verlangt zu haben (inbegriffen von der Autonomen Provinz Bozen, in der Eigenschaft als Angestellter oder Dozent);

oder

☐ **Die Abzüge gemäß Art. 13 des DPR 917/86 nicht zu verlangen**, da bereits von anderen Arbeitgebern verlangt (inbegriffen von der Autonomen Provinz Bozen, in der Eigenschaft als Angestellter oder Lehrer);

☐ **Kein Anrecht** auf Abzüge für zu Lasten lebender Familienmitglieder **gemäß Art. 12 des DPR 917/86 zu haben** oder diese nicht zu verlangen (weil der Ansuchende gemäß Artikel 12 Absatz 2-bis des Dpr Nr. 917/86 kein Steuerpflichtiger ist, der die italienische Staatsangehörigkeit oder die Staatsangehörigkeit eines Mitgliedstaats der Europäischen Union oder eines Vertragsstaats des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum in Bezug auf die im Ausland wohnenden Familienangehörigen besitzt oder auch z.B. weil die oben genannten Steuerabzüge bereits für denselben Zeitraum im Zusammenhang mit anderen Einkommen aus lohnabhängiger Arbeit oder Mitarbeit usw. beansprucht wurden oder auch die Absicht vorhanden ist diese Abzüge zum Zeitpunkt der Steuererklärung zu beanspruchen).

oder

☐ **Anrecht** auf die Abzüge für zu Lasten lebender Familienmitglieder **gemäß Art. 12 des DPR 917/86**, für die unten angeführten Familienmitglieder, **zu haben**.

Gemäß Artikel 12 Absatz 2 des Dpr Nr. 917/86 gilt als zu Lasten lebendes Familienmitglied, wer ein Gesamt-Einkommen von 4.000,00 EUR nicht überschreitet, wobei diese Einkommens-Obergrenze für Kinder im Alter zwischen 21 und 24 Jahren gilt. Die Einkommens-Obergrenze von 2.840,51 Euro bleibt für alle anderen zu Lasten lebende Familienmitgliedern bestehen, einschließlich Kinder, welche ein Alter zwischen 24 und 30 Jahre haben, mit Ausnahme von Kindern mit Behinderungen. Wird diese Grenze im Laufe des Jahres überschritten, entfällt der Abzug für das gesamte Jahr:

- ☐ für den **Ehepartner** (nicht gerichtlich oder effektiv getrennt) (s. Nr. ____)
- ☐ für das **erste Kind im Alter ab 21 bis 30 Jahren** im Ausmaß von | | | %
- ☐ für weitere **Kinder im Alter ab 21 bis 30 Jahren** im Ausmaß von | | | %
- ☐ für Nr. | | | **Kinder im Alter ab 21 Jahren mit Behinderung (art. 3. des Gesetzes Nr. 104/92)**
- ☐ für **andere Personen** | | | zu lasten lebend im Ausmaß von | | | % (s. Nr. ____) – NUR VORFAHREN (Eltern und Großeltern)

☐ Es wird zudem mit Bezug auf die Berechnung der Abzüge für das erste Kind erklärt, dass der andere Elternteil fehlt oder die Kinder nicht anerkannt sind und nicht verheiratet zu sein, oder wenn verheiratet, nachträglich gerichtlich und definitiv getrennt zu sein bzw. wenn Kinder des/der alleinigen Unterfertigten vorhanden sind, nicht verheiratet zu sein oder wenn verheiratet, nachträglich gerichtlich und definitiv getrennt zu sein.

ZU LASTEN LEBENDE FAMILIENMITGLIEDER DES BEGÜNSTIGTEN ZUM ZWECKE DER ABZÜGE

- | | | | | |
|-------------------|---------------|--------------------|---|--|
| 1. Nachname _____ | Vorname _____ | Geburtsdatum _____ | M <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> | Mit Behinderung <input type="checkbox"/> |
| Geburtsort _____ | | Steuernummer | | |
| 2. Nachname _____ | Vorname _____ | Geburtsdatum _____ | M <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> | Mit Behinderung <input type="checkbox"/> |
| Geburtsort _____ | | Steuernummer | | |
| 3. Nachname _____ | Vorname _____ | Geburtsdatum _____ | M <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> | Mit Behinderung <input type="checkbox"/> |
| Geburtsort _____ | | Steuernummer | | |
| 4. Nachname _____ | Vorname _____ | Geburtsdatum _____ | M <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> | Mit Behinderung <input type="checkbox"/> |
| Geburtsort _____ | | Steuernummer | | |

Im Falle einer Änderung der obigen Situationen, verpflichtet sich Unterfertigte, diese umgehend mitzuteilen, wobei der Steuersubstitut von jeder diesbezüglichen Verantwortung befreit wird. Gemäß Art. 13 des EU - DSGVO 2016/679 erkläre ich hiermit, angemessen über die Verwendung meiner personenbezogenen Daten und insbesondere über deren Verarbeitung, im notwendigen Maße zur Erreichung der institutionellen Zwecke, informiert worden zu sein.

Datum ____/____/____

Unterschrift _____
 Unterschrift der Eltern oder gesetzl. Vertreter bei minderjährigen Antragstellern

Ist der Begünstigte minderjährig, sind die folgenden Daten des Erziehungsberechtigten anzugeben:

Vor- und Zuname _____ Steuernummer | | | | | | | | | | | | | | | |