



Fragebogen für die Beurteilung der behinderungsbedingten Kosten

Ab 1. Januar 2005 können Personen mit Behinderungen Kosten, die ihnen wegen der Behinderung entstehen, vollumfänglich vom steuerbaren Einkommen abziehen. Abziehbar sind auch die Kosten, die Steuerpflichtige für eine von ihnen unterhaltene Person zu bezahlen haben. Behindert ist eine Person, der es eine *voraussichtlich dauernde körperliche, geistige oder psychische Beeinträchtigung* erschwert oder verunmöglicht, alltägliche Verrichtungen vorzunehmen, soziale Kontakte zu pflegen, sich fortzubewegen, sich aus- und fortzubilden oder eine Erwerbstätigkeit auszuüben (Art. 2 des Behindertengleichstellungsgesetzes vom 13. Dezember 2002).

Wir sind für die Beurteilung der Frage, ob jemand behindert ist bzw. welche Kosten behinderungsbedingt sind, auf die Hilfe der betreuenden Ärzte und Ärztinnen angewiesen. Wir bitten Sie deshalb, den beiliegenden Fragebogen für Ihre Patienten auszufüllen.

Wir erhalten mit diesem Fragebogen einen tiefen Einblick in die persönlichen Verhältnisse der behinderten Person. Antworten auf die vorliegenden Fragen sind jedoch für die Beurteilung der steuerlichen Abzugsmöglichkeit der behinderungsbedingten Kosten unerlässlich. Die mit der Kontrolle der Steuererklärung betrauten Personen unterliegen aber einer gesetzlichen Geheimhaltungspflicht. Sie müssen über Tatsachen, die ihnen in Ausübung ihres Amtes bekannt werden, und über die Verhandlungen in den Behörden Stillschweigen bewahren und Dritten den Einblick in amtliche Akten verweigern (Art. 177 StG und 110 DBG).

Für Ihre Mitarbeit und Unterstützung danken wir Ihnen.

Freundliche Grüsse
AMT FÜR STEUERN

Die unterzeichnete Person ermächtigt hiermit den nachstehenden Arzt oder die nachstehende Ärztin

.....

ausdrücklich, diesen Fragebogen auszufüllen und entbindet ihn/sie von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber dem Amt für Steuern des Kantons Uri.

.....
Name und Unterschrift der behinderten Person oder ihres gesetzlichen Vertreters)

Patientenangaben

Name/Vorname
Adresse
Geburtsdatum

1. Welche Art von körperlicher, geistiger oder psychischer Beeinträchtigung liegt vor (Kurzbeschreibung)?

.....
.....
.....

2. Dauer der Beeinträchtigung

☐ kürzer als ein Jahr ☐ voraussichtlich länger als ein Jahr ☐ bereits ein Jahr oder länger

3. Bei welchen Tätigkeiten können alltägliche Verrichtungen nur mit Dritthilfe oder mit einem massiven zeitlichen Mehraufwand ausgeübt werden?

- ☐ Ankleiden und ausziehen
- ☐ Aufstehen, absitzen und abliegen
- ☐ Essen und trinken
- ☐ Körperpflege
- ☐ Verrichten der Notdurft
- ☐ andere, nämlich

In welchem zeitlichen Umfang wird durchschnittlich pro Tag Hilfe benötigt?

.....
.....

4. Welche Haushaltstätigkeiten können nur noch erschwert oder gar nicht mehr vorgenommen werden?

.....
.....

Ist eine Haushaltshilfe erforderlich?

- ☐ ja ☐ nein

5. Ist die Betreuung der eigenen Kinder nur noch erschwert oder gar nicht mehr möglich, so dass eine Kinderbetreuung erforderlich ist?

- ☐ ja ☐ nein

6. Ist die Pflege sozialer Kontakte, die Teilnahme am gesellschaftlichen Leben (z. B. Besuch von Konzerten, Sportanlässen) oder der Kontakt mit Ämtern und Behörden nur unter Inanspruchnahme von Dritthilfe möglich?

- ☐ ja ☐ nein

7. In welchem Ausmass ist die Fortbewegung eingeschränkt?

- ☐ Es sind besondere Hilfsmittel erforderlich, nämlich
- ☐ Die Benützung öffentlicher Verkehrsmittel ist nicht möglich oder nicht zumutbar
- ☐ Die Benützung eines privaten Autos (auch technisch verändert) ist nicht möglich

8. Welchen Einfluss hat die körperliche, geistige oder psychische Beeinträchtigung auf die Möglichkeit der Aus- und Fortbildung oder der Ausübung einer Erwerbstätigkeit?

- ☐ Für die Aus- und Fortbildung werden Dienstleistungen Dritter oder Hilfsmittel benötigt
- ☐ Für die Ausübung einer Erwerbstätigkeit werden Dienstleistungen Dritter oder Hilfsmittel benötigt
- ☐ Der Besuch einer Sonderschule, Beschäftigungsstätte, Tageszentrums, Eingliederungsstätte etc. ist erforderlich

9. Welche dauernden Behandlungen, Therapien oder Diäten sind erforderlich?

.....
.....

10. Besondere Bemerkungen

.....
.....
.....

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes/der Ärztin