

Name, Vorname des/der Auszubildenden
Geburtsdatum

Förderungsnummer
------------------

**Vollzug des Bundesausbildungsförderungsgesetz (BAföG)  
Erklärung über außergewöhnliche Belastungen**

des Ehegatten     des Vaters     der Mutter     der Eltern des Auszubildenden

im Bewilligungszeitraum 

von – bis
-----------

Name, Vorname des Ehegatten / des Vaters / der Mutter / der Eltern des/der Auszubildenden	
Anschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort)	Telefon

I. Hiermit beantrage ich den Freibetrag für Körperbehinderte gem. § 25 Abs. 6 BAföG.

Der Grad der Erwerbsminderung beträgt gegenwärtig 

--

 % (Berücksichtigung erfolgt entsprechend § 33b EStG.)

Eine Fotokopie des derzeit gültigen Behindertenausweises füge ich bei.

Unterschrift: Vater / Mutter / Ehegatte
---

II. Außergewöhnliche Belastungen werden nur dann berücksichtigt, wenn die hierfür erforderlichen Zahlungen im Bewilligungszeitraum erfolgen und der Antrag vor dem Ende des Bewilligungszeitraumes gestellt wurde.

Es wird beantragt, dass ein weiterer Teil meines / unseres Einkommens gem. § 25 Abs. 6 BAföG anrechnungsfrei bleibt, da folgende außergewöhnliche Belastungen gem. §§ 33 / 33a EStG im Bewilligungszeitraum entstehen, die auch vom Finanzamt anerkannt werden (z. B. Pauschbetrag für Körperbehinderte und Hinterbliebene, ungedeckte Krankheitskosten, Haushaltshilfen, auswärtige Unterbringung in Ausbildung befindlicher Kinder, **soweit sie sich in keiner förderungsfähigen Ausbildung befinden**).

Ich / Wir mache(n) die folgenden außergewöhnlichen Belastungen geltend:

Bezeichnung	Aufwand*)	Erstattung					
1. <table border="1"><tr><td> </td></tr></table>		<table border="1"><tr><td> </td><td>EUR</td></tr></table>		EUR	<table border="1"><tr><td> </td><td>EUR</td></tr></table>		EUR
	EUR						
	EUR						
2. <table border="1"><tr><td> </td></tr></table>		<table border="1"><tr><td> </td><td>EUR</td></tr></table>		EUR	<table border="1"><tr><td> </td><td>EUR</td></tr></table>		EUR
	EUR						
	EUR						
3. <table border="1"><tr><td> </td></tr></table>		<table border="1"><tr><td> </td><td>EUR</td></tr></table>		EUR	<table border="1"><tr><td> </td><td>EUR</td></tr></table>		EUR
	EUR						
	EUR						
4. <table border="1"><tr><td> </td></tr></table>		<table border="1"><tr><td> </td><td>EUR</td></tr></table>		EUR	<table border="1"><tr><td> </td><td>EUR</td></tr></table>		EUR
	EUR						
	EUR						
<b>Insgesamt</b>	<table border="1"><tr><td> </td><td>EUR</td></tr></table>		EUR	<table border="1"><tr><td> </td><td>EUR</td></tr></table>		EUR	
	EUR						
	EUR						

\*) Nur die **belegten** außergewöhnlichen Belastungen können anerkannt werden.

Mit freundlichen Grüßen

Ort, Datum
------------

Unterschrift(en) des Vaters, der Mutter bzw. des Ehegatten des/der Auszubildenden
---