

AMT UNTERSPREEWALD

Der Amtsdirektor



Eingangsstempel

Amt Unterspreewald
Markt 1
15938 Golßen

Aufforderung/Erklärung zur Überprüfung der vorhandenen Ersatzbemessung

vom: _____

Abgabetermin: _____

Sehr geehrte Steuerpflichtige, sehr geehrter Steuerpflichtiger,
zur Überprüfung der vorhandenen Ersatzbemessung werden Sie hiermit aufgefordert für das
Wohngrundstück in:

Straße: _____ Hausnummer: _____
Ort: _____ PLZ: _____ Objekt-Nr.: _____
Gemarkung _____ Flur _____ Flurstück: _____

1. Erklärung wird abgegeben von:

Name, Vorname

als Eigentümer-in Miteigentümer-in Verwalter-in* des Wohngrundstücks:

Straße: _____ Hausnummer: _____
PLZ: _____ Ort: _____

*Bei Abgabe der Erklärung durch einen Verwalter: Das meiner Verwaltung unterliegende Grundstück steht
im Eigentum folgender Person(en):

	Name, Firma	Anschrift
1.	_____	_____
2.	_____	_____
3.	_____	_____

2. Abgeschlossene bzw. durchgeführte Baumaßnahmen im Jahr

Art der Baumaßnahme	Jahr

3. Besitzerwechsel

Jahr	Erwerber-in	Urkundennummer

4. Berechnung der Grundsteuer

a) Für Wohnung, die mit Bad, Innen-WC und Sammelheizung ausgestattet sind

Wohnfläche		m ² x		EUR/m ² =		EUR
------------	--	------------------	--	----------------------	--	-----

b) Für andere Wohnungen (ohne Bad, innen-WC und Sammelheizung)

Wohnfläche		m ² x		EUR/m ² =		EUR
------------	--	------------------	--	----------------------	--	-----

c) Für anderweitige, z. B. freiberuflich oder gewerblich, genutzte Räume

Wohnfläche		m ² x		EUR/m ² =		EUR
------------	--	------------------	--	----------------------	--	-----

d) Je Abstellplatz für Personenkraftwagen in einer Garage

Wohnfläche		m ² x		EUR/m ² =		EUR
------------	--	------------------	--	----------------------	--	-----

e) Jährlich zu entrichtende Grundsteuer (Summe a – d)

	EUR
--	-----

Ihre Gemeinde nimmt Ihre Erklärung unter dem Vorbehalt der Nachprüfung entgegen.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, diese Erklärung als Steuerpflichtige/Steuerpflichtiger wahrheitsgemäß nach bestem Wissen und Gewissen richtig und vollständig abzugeben.

.....
Datum

.....
Ort

.....
Unterschrift der/des Steuerpflichtige/Steuerpflichtiger

Bearbeitungsvermerke der Behörde

<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	