

Dienstherr, Anschrift Az.:	Ort, Datum	
	Auskunft erteilt	Tel.

Versorgungsausgleichskasse der
Kommunalverbände in Schleswig-Holstein
Fachbereich II
Knooper Weg 71
24116 Kiel

Antrag auf Zahlung von Versorgungsbezügen

ab

Angaben über die Bedienstete bzw. den Bediensteten

Name, Vorname	Amtsbezeichnung	Geburtstag	Sterbetag
Familienstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> wieder-/verheiratet seit <input type="checkbox"/> Lebenspartnerschaft eingetragen seit <input type="checkbox"/> verwitwet seit <input type="checkbox"/> geschieden seit			
Name, Vorname und Geburtstag der Ehegattin bzw. des Ehegatten			
Versorgungsgrund <input type="checkbox"/> Gesetzliche Altersgrenze - § _____ - <input type="checkbox"/> Antragsaltersgrenze 63. Lebensjahr - § 36 Abs. 1 LBG - <input type="checkbox"/> Antragsaltersgrenze 60. Lebensjahr Personalüberhang - § 36 Abs. 4 LBG - <input type="checkbox"/> Antragsaltersgrenze schwerbehindert - § 36 Abs. 2 / 3 LBG - <input type="checkbox"/> Dienstunfähigkeit - § 26 BeamtStG - <input type="checkbox"/> Ablauf der Amtszeit - § 7 Abs. 3 LBG - <input type="checkbox"/> Einstweiliger Ruhestand - § _____ - <input type="checkbox"/> Tod			
Bezüge vor Eintritt des Versorgungsfalles (ohne vermögensw. Leistungen und Aufwandsentschädigung) Beginn der Zahlung der Dienstbezüge aus dem letzten Amt: _____ mtl. EUR (Bei Altersteilzeit bitte die vollen Bezüge angeben.) Grundgehalt Bes.-Gr. _____ Erfahrungsstufe _____ Ruhegehaltfähige Stellenzulage Ruhegehaltfähige Überleitungszulage Amtszulage Familienzuschlag Stufe _____ Zu berücksichtigende Kinder (Bitte die Kindergeldakte beifügen! – s. DA-KG V 3.1 Abs. 2 S. 1)			
Vorname (und ggf. Name)	Geburtstag	rechtliche Stellung	zul. gez. Kindergeld EUR
Freistellung (Teilzeitbeschäftigung, Altersteilzeit, Beurlaubung ohne Dienstbezüge, Elternzeit); Verlust der Dienstbezüge bei schuldhaftem Fernbleiben vom Dienst (§ 11 SHBesG); begrenzte Dienstfähigkeit (§ 27 BeamtStG)			
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja - Aufstellung s. Anlage -			

Der Eintritt des Versorgungsfalles beruht auf einem Dienstunfall <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja - Angaben s. Anlage -	Für den Eintritt des Versorgungsfalles ist ein Dritter ersatzpflichtig <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja - Angaben s. Anlage -
---	---

Angaben über die Versorgungsberechtigte bzw. den Versorgungsberechtigten

A n s c h r i f t (bei mehreren Personen, z. B. Witwe und Waisen, getrennte Angabe)				
B a n k v e r b i n d u n g (bei mehreren Personen, z. B. Witwe und Waisen, getrennte Angabe)				
IBAN		BIC		Geldinstitut
S t e u e r m e r k m a l e				
Steuerklasse	Zahl der Kinder- freibeträge	Kirchensteuerabzug	Steuerfreibetrag	
			jährlich/EUR	monatlich/EUR
D a t e n d e r L o h n s t e u e r b e s c h e i n i g u n g b i s z u m A u s s c h e i d e n (bitte stets ausfüllen)				
Steuer-ID: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
Bruttobezüge EUR	Lohnsteuer EUR	Solidaritätszuschlag EUR	Kirchensteuer EUR	
			ev.	kath.
A b t r e t u n g e n / P f ä n d u n g e n (Ablichtung der Erklärungen bzw. Beschlüsse beifügen; die vermögenswirksame Anlage von Teilen der Versorgungsbezüge ist nicht zulässig)				
Gläubiger		Monatsbetrag EUR		

Angaben zur Beteiligung nach dem Versorgungslastenteilungs-Staatsvertrag (bitte stets beantworten)

Eine Versorgungslastenverteilung nach dem o. a. Staatsvertrag kommt zum Tragen <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja – Angaben s. Anlage –
--

Beizufügende Unterlagen

Diesem Antrag müssen beigelegt werden:
<ul style="list-style-type: none">Nachweise über den beruflichen Werdegang (möglichst Personalgrundakte), wenn über die <u>ruhegehaltfähige Dienstzeit nach Ermessensvorschriften (§§ 10, 11, 12, 14, 77 Abs. 9 SHBeamtVG) noch nicht entschieden wurde</u>
A n l a g e n :
<ul style="list-style-type: none">Kopien der letzten Ernennungsurkunde nebst Aushändigungsvermerk und PlanstelleneinweisungGgf. Kindergeldakte

Mitgliedschaftsfragen (bitte stets ausfüllen)

Wir sind Mitglied in der Beihilfekasse der VAK	
<input type="checkbox"/> nein	
<input type="checkbox"/> ja	Bitte weisen Sie die Versorgungs und ggf. Beihilfeaufwendungen in dem obigen Versorgungsfall wie folgt nach:
Beschäftigungsdienststellennummer	Haushaltsstelle
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
(unbedingt angeben)	(bei Bedarf angeben)
Wir sind Mitglied in der Bezügekasse der VAK <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	

Unterschrift
