

# DATENERFASSUNGSBOGEN



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

## Datenerfassungsbogen / Änderungsmeldung

### 1.) Angaben zum Mitglied:

Mitglied:

Zuständige/r Ansprechpartner/in:

Telefonnummer:

E-Mail-Adresse:

### 2.) Grund der Meldung

- Neumeldung:
- Änderungsmeldung:
- Abgangsmeldung:
- Meldung zur Beihilfeablöse-  
versicherung:

### 3.) Angaben zur beihilfeberechtigten Person:

Name:

Geburtsdatum:

Besoldungsgruppe:

Kostenstelle:  
(max. 16 Stellen)

#### 4.) Angaben zum Mitarbeiterstatus

##### 4.1.) Beurlaubung ohne Dienstbezüge

Beurlaubung ohne Bezüge:                      von:                      bis:  
Elternzeit:    von:                      bis:  
Alleinerziehend:                                       ja                       nein

##### 4.2.) Teilzeit

Teilzeit in Elternzeit:                              von:                      bis:  
Altersteilzeit:    von:                      bis:  
Sonstige Teilzeitbeschäftigung:                      von:                      bis:

##### 4.3.) Abgang

Tod/Sterbedatum:  
Übertritt in die Versorgung:  
Übertritt zu einem anderen  
Dienstherrn/Arbeitgeber:  
Entlassung/Versetzung:  
Abmeldung Beihilfeablöse-  
versicherung:

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift