

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:

Stundenumfang Teilzeit in Elternzeit:

Alleinerziehend: ja nein

4.2.) Teilzeit

Teilzeit in Elternzeit: von: bis:

Stundenumfang Teilzeit in Elternzeit:

Altersteilzeit: von: bis:

Sonstige Teilzeitbeschäftigung: von: bis:
Stundenumfang sonstige Teilzeit-
beschäftigung:

4.3.) Abgang

Tod/Sterbedatum:

Übertritt in die Versorgung:

Übertritt zu einem anderen Dienstherrn/
Arbeitgeber:

Entlassung/Versetzung:

Abmeldung Beihilfeablöseversicherung:

Datum

Unterschrift