

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

Versorgungsausgleichskasse der
Kommunalverbände in Schleswig-Holstein
Bereich 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 (Sofern der halbe Familienzuschlag gewährt wird, muss zwingend eine aktuelle Vergleichsmittelung als Anlage beigefügt werden.) Gesamt _____			

Ein Unfallausgleich wird gewährt
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja - Grad der Schädigung / Betrag -

Ein Zuschuss zur gesetzlichen Krankenversicherung gemäß § 80a LBG wird gewährt
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja - Höhe des Betrages -

Kinder, die beim Familienzuschlag berücksichtigt wurden			
Vorname (und ggf. Name)	Geburtstag	zuständige Familienkasse	Kindergeldnummer (falls bekannt)

Freistellung (Teilzeitbeschäftigung, Altersteilzeit, Beurlaubung ohne Dienstbezüge, Elternzeit); Verlust der Dienstbezüge bei schuldhaftem Fernbleiben vom Dienst (§ 11 SHBesG); begrenzte Dienstfähigkeit (§ 27 BeamtStG)

nein ja - Aufstellung s. Anlage -

Der Eintritt des Versorgungsfalles beruht auf einem Dienstunfall	Für den Eintritt des Versorgungsfalles ist ein Dritter ersatzpflichtig
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja - Angaben s. Anlage -	<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 (nur ausfüllen, wenn die Lohnsteuerkarte noch nicht beigelegt werden kann)				
Steuerklasse	Zahl der Kinderfreibeträge	Kirchensteuerabzug	Steuerfreibetrag jährlich/EUR	Steuerfreibetrag monatlich/EUR

Steuer-ID:

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 nein ja – Angaben s. Anlage –

Beizufügende Unterlagen

Diesem Antrag müssen beigelegt werden:

- Nachweise über den beruflichen Werdegang (möglichst Personalgrundakte), wenn über die ruhegehaltfähige Dienstzeit nach Ermessensvorschriften (§§ 10, 11, 12, 14 und 77 Abs. 9 SHBeamtVG) noch nicht entschieden wurde

Fragen zur Beihilfe (bitte stets ausfüllen)

Wir sind Mitglied in der Beihilfekasse der VAK

nein

ja Bitte weisen Sie die Versorgungs- und ggf. Beihilfeaufwendungen in dem obigen Versorgungsfall wie folgt nach:

Kostenstelle

(bei Bedarf angeben)

Wir sind Mitglied in der Bezügekasse der VAK nein ja

Unterschrift