

| | | |
|-----------------------------------|------------------|------|
| 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

ledig
 wieder-/verheiratet seit _____
 Lebenspartnerschaft eingetragen seit _____
 verwitwet seit _____
 geschieden seit _____

Name, Vorname und Geburtstag der Ehegattin bzw. des Ehegatten

Versorgungsgrund

Gesetzliche Altersgrenze - § _____ -
 Antragsaltersgrenze 63. Lebensjahr - § 36 Abs. 1 LBG -
 Antragsaltersgrenze 60. Lebensjahr Personalüberhang - § 36 Abs. 4 LBG -
 Antragsaltersgrenze schwerbehindert - § 36 Abs. 2 / 3 LBG -

Dienstunfähigkeit - § 26 BeamtStG -
 Ablauf der Amtszeit - § 7 Abs. 3 LBG -
 Einstweiliger Ruhestand - § _____ -
 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.)

=====

Ein Unfallausgleich wird gewährt

nein
 ja - Grad der Schädigung / Betrag -

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 <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) | | Geldinstitut | | |
| IBAN | BIC | | | |
| 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: <input type="checkbox"/> | | | | |
| 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), <u>wenn über die ruhegehaltfähige Dienstzeit nach Ermessensvorschriften (§§ 10, 11, 12, 14 und 77 Abs. 9 SHBeamtVG) noch nicht entschieden wurde</u> |
|--|

Fragen zur Beihilfe (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: |
| Kostenstelle | |
| <input type="checkbox"/> | |
| (bei Bedarf angeben) | |
| Wir sind Mitglied in der Bezügekasse der VAK <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | |

| |
|--------------|
| Unterschrift |
|--------------|