

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 beigefügt werden kann)				
Steuerklasse	Zahl der Kinderfreibeträge	Kirchensteuerabzug	Steuerfreibetrag jährlich/EUR	Steuerfreibetrag monatlich/EUR
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"/> <input type="checkbox"/> <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 beigefügt 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"/> <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"/>	
(bei Bedarf angeben)	
Wir sind Mitglied in der Bezügekasse der VAK <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	

Unterschrift
