

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.)			
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) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> 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)				
IBAN		BIC		Geldinstitut
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	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"/> <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

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"/> <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
