

Dienstherr Az.:	Ort, Datum	
	Auskunft erteilt	Tel.

Versorgungsausgleichskasse
der Kommunalverbände in Schleswig-Holstein
Bereich II
Knooper Weg 71
24116 Kiel

Angaben zur Feststellung des Umfanges der Dienstzeit zur Versorgungslastenteilung für

Name:	
Vorname:	
Geburtsdatum:	
Letzte Amtsbezeichnung:	

a) Zeiten im Soldatenverhältnis auf Zeit (vgl. § 1 Abs. 2 S. 2 Soldatengesetz u. § 8 Beamtenversorgungsgesetz Schleswig-Holstein - bitte Nachweise beifügen, soweit sie hier nicht schon vorliegen)

vom	bis	als	bei
		Soldat/in auf Zeit	Bundeswehr

b) Zeiten im Beamten- oder Richterverhältnis mit Dienstbezügen (oder eines ruhegehaltfähigen Urlaubs ohne Bezüge, jedoch ohne Zeiten im Beamtenverhältnis auf Widerruf - bitte Nachweise beifügen, soweit sie hier nicht schon vorliegen)

vom	bis	als	bei
		Beamter/Beamtin	
		Beamter/Beamtin	
		Beamter/Beamtin	

c)

<p>Freistellungen (Teilzeitbeschäftigung, Altersteilzeit, Beurlaubung ohne Bezüge):</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja - Aufstellung - bei Teilzeit einschl. Gegenüberstellung von tatsächlicher und regelmäßiger Wochenarbeitszeit - s. Anlage u. Nachweise</p> <p>Ist dem (letzten) Wechsel unmittelbar eine Abordnung beim aufnehmenden Dienstherren vorgegangen?</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja - und zwar von - bis bitte angeben</p> <p>Falls Ja: Hat der aufnehmende Dienstherr einen Versorgungszuschlag gezahlt?</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>

Anlg.: _____

Unterschrift
