

- 5 Liegt eine Erklärung zum Kindererziehungszuschlag vor
 (§ 56 Abs. 3 HBeamtVG bzw. § 66 Abs. 1 LBeamtVG
 ja (bitte Kopie beifügen) nein
- Sind Kinder bzw. Stief- oder Pflegekinder zu berücksichtigen, die den Wegfall des
 Pflegezuschlags begründen?
 ja (bitte Nachweis beifügen) nein

Angabe zur Elterneigenschaft:
 Kind(er) unter 25 (bitte entsprechende Daten angeben)

| Lfd. Nr. | Name | geb. am |
|----------|------|---------|
| 1 | | |
| 2 | | |
| 3 | | |
| 4 | | |
| 5 | | |
| 6 | | |
| 7 | | |

- 6 Die Einstellung der Dienstbezüge erfolgt mit Ablauf des

IV. Angaben zu Anrechnungs-, Kürzungs- und Ruhensvorschriften

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1 | Ist der Versorgungsberechtigte (nach Eintritt des Versorgungsfalles) tätig ? | ja | nein |
| 2 | <p>Hat der Versorgungsberechtigte einen Anspruch auf:</p> <p>a) eine weitere Versorgung (oder einen ähnlichen Bezug) aus einer Verwendung im öffentlichen oder vergleichbaren Dienst ?</p> <p>b) eine Leistung nach einem Abgeordneten- oder Ministergesetz ?</p> <p>c) eine Rente aus der gesetzlichen Renten- / Unfallversicherung, z.B.: Deutsche Rentenversicherung Bund / Land / Knappsch. ?</p> <p>d) eine Rente aus Versicherungszeiten, die in einem Mitgliedstaat der EG / des EWR oder der Schweiz zurückgelegt wurden (vgl. hierzu unser Rundschreiben BVK Nr. 1 / 2006) ? unbedingt beantworten !</p> <p>e) eine Leistung der Altersrente für Landwirte ?</p> <p>f) eine Rente oder Abfindung aus einer zusätzlichen Alters- und Hinterbliebenenversorgung für Angehörige des öffentlichen Dienstes, z.B. ZVK oder VBL ?</p> <p>g) eine einmalige oder wiederkehrende Leistung von einem nichtdeutschen Versicherungsträger ?</p> <p>h) eine einmalige oder wiederkehrende Leistung aus einer Lebensversicherung oder einer öffentlich-rechtlichen Versicherungs- oder Versorgungseinrichtung, zu der ein öffentlich-rechtlicher Arbeitgeber Zuschüsse geleistet hat ?</p> <p>i) eine sonstige Leistung ?</p> <p>j) eine sonstige ähnliche Leistung z.B. von einer betrieblichen oder berufsständischen Versorgungseinrichtung aus einer Tätigkeit außerhalb des öffentlichen Dienstes?</p> | <p>ja</p> <p>ja</p> <p>ja</p> <p>ja</p> <p>ja</p> <p>ja</p> <p>ja</p> <p>ja</p> <p>ja</p> <p>ja</p> <p>ja</p> | <p>nein</p> <p>nein</p> <p>nein</p> <p>nein</p> <p>nein</p> <p>nein</p> <p>nein</p> <p>nein</p> <p>nein</p> <p>nein</p> <p>nein</p> <p>nein</p> |
| 3 | <p>Sind zu Lasten der beamtenrechtlichen Versorgungsanwartschaften im Rahmen des Eheversorgungsausgleichs Anwartschaften in einer gesetzlichen Rentenversicherung durch ein Familiengericht begründet worden?</p> <p>wenn ja, Entscheidung beifügen!</p> | ja | nein |

V. Sonstiges – ggf. Nachweise beifügen -

| | | | |
|---|--|----|------|
| 1 | Liegen Pfändungen / Abtretungen zugunsten Dritter vor? Wenn ja, bitte auf besonderem Blatt erläutern. | ja | nein |
| 2 | Überzahlungen: Summe: € mtl. Rate: € | | |
| 3 | Angaben des Mitglieds zum Steuerabzug des Versorgungsberechtigten Steuer-ID Nr.: _____ Steuerklasse: _____ / Faktor: _____ / Kinderfreibeträge: _____ Kirchensteuer: _____ / _____ Freibetrag (Jahr / Monat): _____ € / _____ € Hinzurechnungsbetrag (Jahr / Monat): _____ € / _____ € | | |
| 4 | Der Beamte / Die Beamtin ist Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung Nein (Privat). Ja, bei folgender Krankenkasse: Name und Anschrift der Krankenkasse: Sozialversicherungsnummer bzw. Krankenversichertennr. bei der Krankenkasse: Bitte geben Sie die Krankenkasse auch dann an, wenn Sie im Zweifel sind, ob es sich um eine gesetzliche Krankenkasse oder um eine private Krankenversicherung handelt (Kopie) Erklärung nach § 6a HBeihVO (Hessen) bzw. § 25 (2) BVO (Rheinland Pfalz) | | |
| 5 | Schwebt(e) oder droht(e) eine gerichtliche oder dienststrafrechtliche Untersuchung gegen den Beamten bzw. wurde gegen den Beamten eine gerichtliche oder dienststrafrechtliche Strafe verhängt, die Einfluss auf die Höhe der Versorgungsbezüge hat? | ja | nein |
| 6 | Ist für frühere Beschäftigungszeiten eine Abfindung gewährt oder eine Beurlaubung ausgesprochen worden? | ja | nein |

VI. Erklärung

Die Richtigkeit der vorstehenden Angaben wird bestätigt.

| |
|-------|
| Datum |
|-------|

| |
|----------------------------|
| Unterschrift des Mitglieds |
|----------------------------|