

Kommunalbeamten-  
 Versorgungskasse Nassau  
 Welfenstraße 2  
 65189 Wiesbaden

Name und Anschrift des Mitglieds
Mitglieds-Nr.:
Pers.-Nr.:

## FRAGEBOGEN

### zur Festsetzung von Versorgungsbezügen

Nachfolgende Bezeichnungen gelten unabhängig von der verwendeten Form für beide Geschlechter, ehebezogene Begriffe auch für eingetragene Lebenspartnerschaften.

### I. Allgemeine Angaben

<b>1</b>	<b>Versorgungsberechtigter</b> Name, Vorname, ggf. Geburtsname ..... Anschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Wohnort) ..... Amts-/Dienstbezeichnung ..... Rechtsstand (z.B. Beamter auf Lebenszeit, Zeit ...) .....	Geboren am: ..... Familienstand: <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verpartnert <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet seit: ..... <input type="checkbox"/> ledig												
<b>2</b>	<b>Ehegatte</b> Vorname – ggf. Geburtsname und Name aus früherer Ehe ..... Anschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Wohnort, falls von Ziff. 1 abweichend) .....	Geboren am: .....												
<b>3</b>	<b>Die Versorgungsbezüge sollen auf das Konto</b> <b>bei der</b> ..... <b>überwiesen werden.</b> <b>IBAN</b> ..... <b>BIC</b> ..... <b>Kontoinhaber</b> (Name, Vorname und Anschrift, falls von Ziff. 1 bzw. 2 abweichend) .....													
<b>4</b>	<b>Waisen (nur bei Hinterbliebenen ausfüllen)</b> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 40%;">Vor- und Zuname</th> <th style="width: 20%;">geboren am</th> <th style="width: 40%;">Kindschaftsverhältnis (leiblich / adoptiert)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> </tbody> </table> <p>- abweichende Anschrift und Kontoverbindung der Waisen ggf. bitte gesondert angeben -</p>		Vor- und Zuname	geboren am	Kindschaftsverhältnis (leiblich / adoptiert)	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Vor- und Zuname	geboren am	Kindschaftsverhältnis (leiblich / adoptiert)												
.....	.....	.....												
.....	.....	.....												
.....	.....	.....												

## II. Angaben zum Eintritt des Versorgungsfalles

1	Der Versorgungsfall tritt mit Ablauf des _____ ein wegen: <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Erreichens der Regelaltersgrenze</li> <li><input type="checkbox"/> Versetzung in den Ruhestand ohne Nachweis der Dienstunfähigkeit (Antragsaltersgrenze)</li> <li><input type="checkbox"/> Versetzung in den Ruhestand wegen Schwerbehinderung</li> <li><input type="checkbox"/> Versetzung in den Ruhestand wegen Dienstunfähigkeit (ggf. Riesterförderung § 10a EStG)</li> <li><input type="checkbox"/> Eintritt in den Ruhestand nach Ablauf der Amtszeit / Abwahl</li> <li><input type="checkbox"/></li> </ul>
2	Ehegatte ist im öffentlichen Dienst beschäftigt. <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, als Beamte/r <input type="checkbox"/> Angestellte/r TVöD/TVL <input type="checkbox"/> Angestellte/r BAT <input type="checkbox"/> ..... (Kopie der letzten Vergleichsmitteilung beifügen)

## III. Angaben zur Besoldung / Vergütung am Tag vor dem Eintritt des Versorgungsfalles

1	Der Beamte ist / war <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> vollbeschäftigt</li> <li><input type="checkbox"/> teilzeitbeschäftigt nach § ..... mit ..... v.H. der regelmäßigen Arbeitszeit</li> <li><input type="checkbox"/> nicht vollbeschäftigt nach § ..... mit ..... v.H. der regelmäßigen Arbeitszeit</li> <li><input type="checkbox"/></li> </ul>
2	<b>Besoldung</b> Grundgehalt                      Bes.Gr. .... Stufe ..... Familienzuschlag                Stufe ..... ruhegehaltfähige Zulage        ..... € ..... € Amtszulage                            ..... € Überleitungszulage                ..... € <p style="text-align: right;"><b>Bitte letzten Abrechnungsnachweis in Kopie beifügen!</b></p>
3	Bei Privatdienstvertrag: Bezüge                                    ..... € jährlich / monatlich ruhegehaltfähige Zulagen        ..... € = ..... v.H. der Bezüge ..... € = ..... v.H. der Bezüge
4	Die Zahlung des Kindergeldes für ..... Kind(er) erfolgte durch die Familienkasse der _____ <hr/> <b>Bitte Kopie des letzten Bewilligungsbescheides für das / die Kind(er) beifügen !</b>

5	Liegt eine Erklärung zum Kindererziehungszuschlag vor (§ 56 Abs. 3 HBeamtVG bzw. § 66 Abs. 1 LBeamtVG <input type="checkbox"/> ja (bitte Kopie beifügen) <input type="checkbox"/> nein
6	<b>Die Einstellung der Dienstbezüge erfolgt mit Ablauf des</b>

#### IV. Angaben zu Anrechnungs-, Kürzungs- und Ruhensvorschriften

1	Ist der Versorgungsberechtigte (nach Eintritt des Versorgungsfalles) tätig ? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</span>
2	Hat der Versorgungsberechtigte einen Anspruch auf: <ul style="list-style-type: none"> <li>a) eine weitere Versorgung (oder einen ähnlichen Bezug) aus einer Verwendung im öffentlichen oder vergleichbaren Dienst ? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</span></li> <li>b) eine Leistung nach einem Abgeordneten- oder Ministergesetz ? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</span></li> <li>c) eine Rente aus der gesetzlichen Renten- / Unfallversicherung, z.B.: Deutsche Rentenversicherung Bund / Land / Knappsch. ? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</span></li> <li>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 ) ? <b>unbedingt beantworten !</b> <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</span></li> <li>e) eine Leistung der Altersrente für Landwirte ? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</span></li> <li>f) eine Rente oder Abfindung aus einer zusätzlichen Alters- und Hinterbliebenenversorgung für Angehörige des öffentlichen Dienstes, z.B. ZVK oder VBL ? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</span></li> <li>g) eine einmalige oder wiederkehrende Leistung von einem nichtdeutschen Versicherungsträger ? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</span></li> <li>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 ? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</span></li> <li>i) eine sonstige Leistung ? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</span></li> </ul>
3	Sind zu Lasten der beamtenrechtlichen Versorgungsanwartschaften im Rahmen des <b>Eheversorgungsausgleichs</b> Anwartschaften in einer gesetzlichen Rentenversicherung durch ein Familiengericht begründet worden? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</span>  wenn ja, Entscheidung beifügen!

## V. Sonstiges – ggf. Nachweise beifügen -

1	Liegen <b>Pfändungen / Abtretungen</b> zugunsten Dritter vor? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, bitte auf besonderem Blatt erläutern.
2	Überzahlungen:    Summe: ..... €    mtl. Rate: ..... €
3	Angaben des Mitglieds zum <b>Steuerabzug</b> des Versorgungsberechtigten Steuer-ID Nr.: _____ Steuerklasse: _____ / Faktor: _____ / Kinderfreibeträge: _____ Kirchensteuer: _____ / _____ Freibetrag (Jahr / Monat): _____ € / _____ € Hinzurechnungsbetrag (Jahr / Monat): _____ € / _____ €  <input type="checkbox"/> (Kopie) Bescheinigung der Vorsorgeaufwendungen nach § 10 Abs. 1 Nr. 3 EStG zur Berücksichtigung im Lohnsteuerabzugsverfahren
4	Der Beamte / Die Beamtin ist Mitglied der gesetzlichen <b>Krankenversicherung</b> <input type="checkbox"/> Nein (Privat). <input type="checkbox"/> Ja, bei folgender Krankenkasse: Name und Anschrift der Krankenkasse: ..... <b>Sozialversicherungsnummer</b> bzw. Krankenversichertenr. 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  <input type="checkbox"/> (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? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
6	Ist für frühere Beschäftigungszeiten eine Abfindung gewährt oder eine Beurlaubung ausgesprochen werden? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

## VI. Erklärung

Die Richtigkeit der vorstehenden Angaben wird bestätigt.

Datum
-------

Unterschrift des Mitgliedes
-----------------------------