



Ansprechpartner/in: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

## Erklärung für die Kalenderjahre 2011/2012

### der Mitarbeiterin / des Mitarbeiters zur Überprüfung des Beihilfeanspruches, der kinderbezogenen Besitzstandszulagen sowie ggf. der Mehrfachbeschäftigungen

(Bitte in Maschinen-, Druck- oder Blockschrift ausfüllen!  
Änderungen ergänzen, bzw. Zutreffendes ankreuzen!)

**1. Name** .....

Geburtsname .....

Vorname .....

Straße .....

PLZ .....

Wohnort .....

Geburtsdatum .....

Steuer-Identifikationsnummer .....

Telefon privat .....

Telefon dienstlich .....

Personalnummer .....

### 2. Familienstand

<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> getrennt lebend seit .....
<input type="checkbox"/> verheiratet seit .....	<input type="checkbox"/> geschieden seit .....
<input type="checkbox"/> verwitwet seit .....	<input type="checkbox"/> Ehe aufgehoben seit .....

### 3. Angaben zum Ehegatten

Name ..... Vorname .....

Geburtsdatum .....

beschäftigt als:  Arbeiter  Angestellter  
 Beamter  Beamtenanwärter

beschäftigt bei .....

(Bitte Anschrift des Arbeitgebers und - falls abweichend - Anschrift der zuständigen Bezügestelle einschl. der Personalnummer/des Geschäftszeichens angeben.)

vollzeitbeschäftigt ab .....

teilzeitbeschäftigt..... Std./Woche, Regelarbeitszeit ..... Std./Woche  
ab.....

**Bezieht Ihr Ehegatte einen Familienzuschlag, kinderbezogene Entgeltbestandteile oder eine Besitzstandszulage zum Ausgleich von kinderbezogenen Entgeltbestandteilen?**

ja, seit .....  nein

**Ist Ihr Ehegatte beurlaubt?**

Elternzeit von ..... bis .....

Sonderurlaub von ..... bis .....

(Sonderurlaub im Falle der Betreuung eines Kindes unter 14 Jahren oder Pflege eines nach ärztlichen Gutachten pflegebedürftigen Angehörigen)

**Ist Ihr Ehegatte**

Hausfrau/Hausmann  Student/Studentin  
 Arbeitslosengeldbezieher/in  selbständig

**Erhält Ihr Ehegatte**

Versorgungsbezüge, wenn ja, ..... % seit .....

Rente

von welcher Stelle .....

(Bitte Anschrift der auszahlenden Stelle einschl. des Geschäftszeichens angeben.)

**Bei welcher Krankenkasse ist Ihr Ehegatte versichert?**

Name der Krankenkasse.....

pflichtversichert durch

- Arbeitsverhältnis
- Familienversicherung bei Ehegatten
- Rentenbezug

freiwillig versichert mit Krankenkassenskarte

- in der gesetzlichen Krankenkasse
  - mit Arbeitgeberzuschuss
  - ohne Arbeitgeberzuschuss
- privatversichert
  - mit Arbeitgeberzuschuss
  - ohne Arbeitgeberzuschuss

**Hat Ihr Ehegatte einen eigenen Beihilfeanspruch gegenüber seinem Arbeitgeber?**

- ja
- nein

**4. Angaben zu den Kindern**

Name .....

Vorname .....

Geburtsdatum .....

Geschlecht  männlich  weiblich

Lebt das Kind in Ihrem Haushalt?  ja  nein

Kindergeld erhalte  ich  mein Ehegatte

Familienversicherung bei der Krankenkasse von  Vater  Mutter

Krankenversicherung über eigene Krankenkasse  gesetzlich  privat

als  Auszubildender  Student  Arbeitnehmer

Besteht ein eigener Beihilfeanspruch  ja  nein

Befindet sich das Kind in Berufsausbildung  ja  nein

Anschrift der Ausbildungsstelle .....

Beginn der Ausbildung..... Ende der Ausbildung.....

---

Name .....  
Vorname .....  
Geburtsdatum .....  
Geschlecht  männlich  weiblich  
Lebt das Kind in Ihrem Haushalt?  ja  nein  
Kindergeld erhalte  ich  mein Ehegatte  
Familienversicherung bei der Krankenkasse von  Vater  Mutter  
Krankenversicherung über eigene Krankenkasse  gesetzlich  privat  
als  Auszubildender  Student  Arbeitnehmer  
Besteht ein eigener Beihilfeanspruch  ja  nein  
Befindet sich das Kind in Berufsausbildung  ja  nein  
Anschrift der Ausbildungsstelle .....  
Beginn der Ausbildung ..... Ende der Ausbildung.....

---

Name .....  
Vorname .....  
Geburtsdatum .....  
Geschlecht  männlich  weiblich  
Lebt das Kind in Ihrem Haushalt?  ja  nein  
Kindergeld erhalte  ich  mein Ehegatte  
Familienversicherung bei der Krankenkasse von  Vater  Mutter  
Krankenversicherung über eigene Krankenkasse  gesetzlich  privat  
als  Auszubildender  Student  Arbeitnehmer  
Besteht ein eigener Beihilfeanspruch  ja  nein  
Befindet sich das Kind in Berufsausbildung  ja  nein  
Anschrift der Ausbildungsstelle .....  
Beginn der Ausbildung ..... Ende der Ausbildung.....

---

Name .....  
Vorname .....  
Geburtsdatum .....  
Geschlecht  männlich  weiblich  
Lebt das Kind in Ihrem Haushalt?  ja  nein  
Kindergeld erhalte  ich  mein Ehegatte  
Familienversicherung bei der Krankenkasse von  Vater  Mutter  
Krankenversicherung über eigene Krankenkasse  gesetzlich  privat  
als  Auszubildender  Student  Arbeitnehmer  
Besteht ein eigener Beihilfeanspruch  ja  nein  
Befindet sich das Kind in Berufsausbildung  ja  nein  
Anschrift der Ausbildungsstelle .....  
Beginn der Ausbildung ..... Ende der Ausbildung.....

**5. Angaben zu weiteren Beschäftigungen/Nebentätigkeiten**

Üben Sie eine weitere Beschäftigung/Nebentätigkeit aus?

ja

nein

wenn ja, beschäftigt bei:.....

.....  
(Anschrift des Arbeitgebers/der Bezügestelle)

Wie hoch ist Ihr monatliches Einkommen bei Ihrem weiteren Arbeitgeber?

Brutto.....EUR

**6. Datum und Unterschrift des Mitarbeiters**

**Ich versichere, dass meine Angaben vollständig und richtig sind. Ich verpflichte mich, jede Änderung, die sich gegenüber den vorstehend dargelegten Verhältnissen ergibt, unverzüglich anzuzeigen.**

Mir ist bekannt, dass ich Beträge die durch Nichtangabe oder nicht rechtzeitiger Abgabe dieser Anzeige zu Unrecht gezahlt wurden, zurückerstatten muss. Ich bin mir bewusst, dass ich mich auf den Wegfall der Bereicherung aus einer etwaigen Überzahlung nicht berufen kann, wenn ich meiner Pflicht zur unverzüglichen Anzeige jeder Änderung in den angegebenen Verhältnissen nicht nachgekommen bin. Es besteht Einvernehmen, dass personenbezogene Daten beim Arbeitgeber und bei der Stiftungsbehörde zum Zwecke der Personalverwaltung und Vergütungsberechnung gespeichert und verarbeitet werden.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**Folgende Unterlagen füge ich bei:**

.....  
.....  
.....

**Folgende Unterlagen habe ich bereits eingereicht:**

.....  
.....  
.....