



Ansprechpartner/in: _____

Telefon: _____

Erklärung für die Kalenderjahre 2011/2012

der Mitarbeiterin / des Mitarbeiters zur Überprüfung des Beihilfeanspruches sowie ggf. von kinderbezogenen Besitzstandszulagen

(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 Krankenversicherung ist Ihr Ehegatte versichert?

Name der Krankenkasse.....

pflichtversichert durch

- Arbeitsverhältnis Rentenbezug
- Familienversicherung bei Ehegatten

freiwillig versichert mit Krankenversicherungskarte

- in der gesetzlichen Krankenversicherung privatversichert
 - mit Arbeitgeberzuschuss mit Arbeitgeberzuschuss
 - ohne 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:

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