

Dienstherr, Anschrift	Ort, Datum	
	Ansprechpartner	
	☎ Telefon	
	@ E-Mail	
Mitgliedsnummer des Dienstherrn bei der NVK:		

Niedersächsische Versorgungskasse
Postfach 81 04 04
30504 Hannover

Zahlung der Versorgungsbezüge ab
<i>Bitte Monatsfrist gem. § 27 I NVK-Satzung beachten.</i>

Titel/Amtsbezeichnung	Name, ggf. Geburtsname	Vorname
Geburtsdatum	Staatsangehörigkeit	Telefonnummer
Straße, Hausnummer	Wohnort	Postleitzahl
Geldinstitut	IBAN	BIC

Familienstand (Bitte immer Heirats-/Lebenspartnerschaftsurkunden beifügen)		
ledig Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	verheiratet seit	wiederverheiratet seit
Lebenspartnerschaft begründet am	verwitwet seit	geschieden seit

Angaben über den Ehegatten / Lebenspartner		
Name, Vorname, ggf. Geburtsname	Geburtsstag	Konkurrenzregelung § 40 BBesG Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>



Beschäftigungs- / Versorgungsstelle des Ehe- / Lebenspartners (Anschrift und Aktenzeichen / Personalnummer)

Anlass für den Versorgungsfall	
<input type="checkbox"/> Eintritt in den Ruhestand (§ 35 NBG)	
<input type="checkbox"/> Versetzung in den Ruhestand auf Antrag (§ 37 NBG)	→ Schwerbehinderung mit GdB ≥ 50 (Nachweis!) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> Dienstunfähigkeit (§§ 26 BeamtStG, 43 NBG)	→ Dienstunfall (Nachweis!) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> Tod des Beamten im aktiven Dienst	am: Bitte Sterbeurkunde beifügen
<input type="checkbox"/> Ablauf der Wahl- oder Amtszeit (§ 7 Abs. 3 NBG)	
<input type="checkbox"/> einstweiliger Ruhestand (§ 30 BeamtStG)	
<input type="checkbox"/> Abwahl (§ 82 NKomVG); Abberufung (§ 109 NKomVG)	
<input type="checkbox"/> Versetzung eines Hauptverwaltungsbeamten in den Ruhestand auf Antrag	<input type="checkbox"/> § 83 NKomVG <input type="checkbox"/> § 84 NKomVG
<input type="checkbox"/> Feuerwehrbeamter / besondere Altersgrenze (§ 115 NBG)	

Krankenkassen- / Versicherungsmerkmale			
Name der Krankenkasse / -versicherung	privat	gesetzlich	Sozialversicherungsnummer
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
✓ wenn gesetzlich krankenversichert: Beitragseinbehaltung		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Steuermerkmale					
Steuerklasse	Kinderfreibetrag	Faktor bei Steuerklasse IV	Kirchensteuer / Konfession	Jahresfreibetrag	Monatsfreibetrag
✓ Steuerliche Identifikationsnummer					

Besoldungsmerkmale					
Besoldungsgruppe		Stufe			€
Festgehalt bei Privatdienstverträgen (in € pro Monat)					€
Amtszulage	Rechtsgrundlage				€
Stellenzulage	Rechtsgrundlage				€
sonstige Zulagen	Rechtsgrundlage				€
Familienzuschlag	Stufe bis 1,0				€
Kinderanteil im FamZ	Anzahl Kinder				€
Sonst. Zu- o. Abschläge	Rechtsgrundlage				€

Kindbezogene Leistungen					
(Bitte Geburtsurkunde/n der Kinder und Kindergeldakte/n beifügen.)					
Wurde das Kindergeld an eine andere Dienststelle abgegeben (z.B. Landesfamilienkasse o. BA)				<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Wenn ja:	Name der anderen Dienststelle	Anschrift	Telefon	dortige(s) Aktenzeichen
----------	-------------------------------	-----------	---------	-------------------------

Betroffene Kinder:				
<input type="checkbox"/>	Ordnungszahl	Name	Wohnsitzstaat	Grund der Zahlung (z.B. Ausbildung, Schwerbehinderung)
	Geburtsdatum	Steuer-ID d. Kindes		Art des Kindschaftsverhältnisses
	Staatsangehörigkeit	Kindergeld <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		Abzweigung oder Erstattung nach § 74 EStG <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	Kinderanteil im FamZ <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		Höhe der Abzweigung oder Erstattung
<input type="checkbox"/>	Ordnungszahl	Name	Wohnsitzstaat	Grund der Zahlung (z.B. Ausbildung, Schwerbehinderung)
	Geburtsdatum	Steuer-ID d. Kindes		Art des Kindschaftsverhältnisses
	Staatsangehörigkeit	Kindergeld <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		Abzweigung oder Erstattung nach § 74 EStG <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	Kinderanteil im FamZ <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		Höhe der Abzweigung oder Erstattung
<input type="checkbox"/>	Ordnungszahl	Name	Wohnsitzstaat	Grund der Zahlung (z.B. Ausbildung, Schwerbehinderung)
	Geburtsdatum	Steuer-ID d. Kindes		Art des Kindschaftsverhältnisses
	Staatsangehörigkeit	Kindergeld <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		Abzweigung oder Erstattung nach § 74 EStG <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	Kinderanteil im FamZ <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		Höhe der Abzweigung oder Erstattung
<input type="checkbox"/>	Ordnungszahl	Name	Wohnsitzstaat	Grund der Zahlung (z.B. Ausbildung, Schwerbehinderung)
	Geburtsdatum	Steuer-ID d. Kindes		Art des Kindschaftsverhältnisses
	Staatsangehörigkeit	Kindergeld <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		Abzweigung oder Erstattung nach § 74 EStG <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	Kinderanteil im FamZ <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		Höhe der Abzweigung oder Erstattung

✓ Aktenabgabe über ID-Nr.-Kontrollverfahren	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
---	-----------------------------	-------------------------------

Checkliste über einzureichende Unterlagen/Nachweise	Nachweis beigefügt	
	Ja	Nein
Abdruck der Versetzung in den Ruhestand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rentenbescheid/e mit allen Anlagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geburtsurkunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heiratsurkunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sterbeurkunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geburtsurkunde Kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei nach dem 31.12.1991 geborenen Kindern: Zuordnungserklärung gem. §§ 58 ff NBeamtVG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausbildungs- / Schwerbehindertennachweis Kind(er)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kindergeldakte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausdruck der elektronischen Lohnsteuerbescheinigung zum Austritt aus dem aktiven Dienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei Geschiedenen: Nachweis über Verpflichtung zum nachehelichen Unterhalt (wenn nicht wiederverheiratet)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei Versorgungsausgleich: Kopie der Entscheidung des Familiengerichts mit Rechtskraftbescheinigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei Schwerbehinderung: Kopie des Schwerbehindertenausweises oder des Feststellungsbescheides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei Dienstatunfall: Nachweis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pfändungs- und Überweisungsbeschlüsse (Bitte Abgabennachricht an Gläubiger erteilen!)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fragebogen zur Festsetzung von Versorgungsbezügen (ausgefüllt und unterschrieben vom Beamten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei Hinterbliebenenbezügen: Fragebogen zur Festsetzung von Hinterbliebenenbezügen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hinweis:

Bei Tod des Beamten im aktiven Dienst nach Möglichkeit Einkommensnachweis des überlebenden Ehegatten, die Steuer-ID, Angaben über die Krankenversicherung (gesetzlich/privat) sowie eine Mitteilung, ob sich die NVK als Haupt- oder Nebenarbeitgeber in der ELStAM-Datenbank anmelden soll, beifügen.
(bitte auf gesondertem Blatt)

sonstige Angaben	Ja	Nein
Wird bereits eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung, einer Zusatzversorgung des ö.D. (z.B. VBL) oder einer berufsständischen Versorgungseinrichtung oder eine Betriebsrente gewährt? (bitte ggf. Rentenbescheide mit allen Anlagen beifügen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beruhet die Dienstatunfähigkeit auf einem sonstigen Unfall? (bitte ggf. Nachweise beifügen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist ein Dritter erstattungspflichtig? (bitte ggf. Nachweise beifügen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ort, Datum, Unterschrift, Dienststempel

Hinweis zum Datenschutz:

Zur Erfüllung der der Nds. Versorgungskasse übertragenen Aufgaben werden personenbezogene Daten unter Einhaltung der datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen verarbeitet. Informationen zum Datenschutz und Ihren damit verbundenen Rechten entnehmen Sie bitte der folgenden Internetseite unter <http://www.nvk.de/datenschutz/datenschutzhinweise/>. Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Hinweise auch gerne per Post zu.