

Antragstellende Person		
Name, Vorname	Ihre Anschrift	Telefon (freiwillige Angabe)
Ehemalige Dienststelle	Ausgeschieden am	Geburtsdatum
Alte Personalnummer	Zutreffendes bitte ankreuzen <input type="checkbox"/>	

Dienstleistungszentrum Personal
des Landes Schleswig-Holstein
- Versorgung -
Postfach 1412
24013 Kiel

Antrag auf Zahlung von Altersgeld

1 Die Zahlung von Altersgeld wird beantragt
<input type="checkbox"/> ab _____ wegen Erreichens der gesetzlichen Altersgrenze.
<input type="checkbox"/> ab _____ vor Erreichen der gesetzlichen Altersgrenze (frühestens mit Vollendung des 63. Lebensjahr möglich).
<input type="checkbox"/> ab _____ vor Erreichen der gesetzlichen Altersgrenze wegen Schwerbehinderung (frühestens mit Vollendung des 62. Lebensjahr möglich – Nachweis ist beizufügen).
<input type="checkbox"/> ab _____ vor Erreichen der gesetzlichen Altersgrenze wegen teilweiser oder voller Erwerbsminderung (Nachweise sind beizufügen).

2 Kranken- und Pflegeversicherung
<input type="checkbox"/> Ich bin krankenversicherungspflichtiges bzw. freiwilliges Mitglied einer gesetzlichen Krankenversicherung (z. B. AOK, Betriebskrankenkasse, Innungskrankenkasse, Seekrankenkasse, Landwirtschaftliche Krankenkasse, Bundesknappschaft, Ersatzkasse).
Name, Anschrift und Versicherungsnummer der Krankenkasse Name: Straße: PLZ und Ort: Versicherungsnummer:
Sozialversicherungsnummer:
Zusatz für Mitglieder in der gesetzlichen Krankenversicherung: Nach dem Kinderberücksichtigungsgesetz haben Kinderlose in der Pflegeversicherung einen Beitragszuschlag von 0,25 % zu zahlen. Wird die Elterneigenschaft in geeigneter Weise nachgewiesen (Geburtsurkunden, Adoptionsurkunden, Kindergeldbescheide, Feststellungsbescheide der Rentenversicherungsträger usw.) entfällt der Zuschlag. <input type="checkbox"/> Nachweise über die Elterneigenschaft habe ich beigefügt.
<input type="checkbox"/> Ich bin privat krankenversichert

3.1 Gilt nur für den Bezug von Altersgeld wegen teilweiser oder voller Erwerbsminderung!		
Ich habe einen Anspruch auf:	Ja	Nein
Altersrente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rente aus der gesetzlichen Unfallversicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rente nach dem Gesetz über die Alterssicherung der Landwirte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hinterbliebenenrente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zusatzrente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leistungen aus berufsständischen Versorgungseinrichtungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leistungen aus befreienden Lebensversicherungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leistungen nach dem Abgeordnetenstatut des Europäischen Parlaments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3.2 Ich beziehe ein Erwerbseinkommen aus

- nicht selbstständiger Arbeit einschl. Abfindungen
- selbstständiger Arbeit
- Gewerbebetrieb oder Land- und Forstwirtschaft

Die Tätigkeit wird seit dem _____ ausgeübt.

Ich beziehe seit dem _____ Erwerbseinkommen nach § 18 a SGB IV.

Rentenbescheid/e, Verdienstbescheinigung bzw. einen Einkommensteuerbescheid habe ich beigelegt.

Die Beendigung, den Wechsel oder die Neuaufnahme einer Tätigkeit werde ich dem Dienstleistungszentrum Personal des Landes Schleswig-Holstein umgehend schriftlich anzeigen.

4

Zu Gunsten meiner geschiedenen Ehefrau/meines geschiedenen Ehemannes/früheren Lebenspartners/frühere Lebenspartnerin sind aus der Zeit im Beamtenverhältnis, die dem Altersgeld zugrunde liegt Rentenanwartschaften in der gesetzlichen Rentenversicherung zu meinen Lasten begründet worden. Die Entscheidung des Familiengerichts über den Versorgungsausgleich habe ich beigelegt.

5

Ich habe in der dem Altersgeld zugrundeliegenden Beamtenzeit Kinder bis zum 10. Lebensjahr erzogen, die mir zugeordnet worden sind. Ich bitte um Übersendung der entsprechenden Erklärung.

6 Steueridentifikationsnummer (IDNr) – bitte unbedingt angeben!

IDNr:

Der Versorgungsbezug ist steuerrechtlich das

- erste Dienstverhältnis (Steuerklasse I bis V)
- weitere Dienstverhältnis (Steuerklasse VI)

Steuerklasse:

Kirchensteuerpflichtige Konfession:

(Vorstehende Anträgen können Sie gegebenenfalls bei Ihrem zuständigen Finanzamt erfragen.)

7 Bankverbindung

Name der Bank/Sparkasse

BIC	IBAN	KontoinhaberIn
-----	------	----------------

Folgende zusätzliche Erklärung gebe ich ab:

8 Versicherung der Richtigkeit der Angaben

Ich versichere die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben. Ich verpflichte mich, Änderungen zu den Angaben dem Dienstleistungszentrum Personal des Landes Schleswig-Holstein umgehend schriftlich mitzuteilen. Mir ist bekannt, dass

- ich Beträge zurückzahlen muss, die ich wegen unterlassener, verspäteter oder fehlerhafter Anzeige unberechtigt erhalten habe,
- das Altersgeld bei schuldhafter Anzeigepflichtverletzung nach § 73 Abs. 3 SHBeamStVG ganz oder teilweise auf Zeit oder auf Dauer entzogen werden kann,
- in Absicht der Täuschung bewusst unterlassene Anzeigen oder unrichtige Angaben eine strafrechtliche Verfolgung nach sich ziehen können.

Fügen Sie bitte unbedingt den bei Ihrem Ausscheiden übersandten Altersgeldgrundbescheid bei!

Ort, Datum	Unterschrift der antragstellenden Person 
------------	---