

Bundeseisenbahnvermögen

Mitteilung zum

Empfänger- / Personalnummer

- Familienzuschlag Sozialzuschlag
 Ortszuschlag der Angestellten Unterschiedsbetrag nach § 50 Abs. 1 des Beamtenversorgungsgesetzes

Beiliegende Anleitung bitte genau durchlesen!

Vordruck in Druckschrift ausfüllen. Zutreffendes ankreuzen und umgehend der für die **Festsetzung Ihrer Bezüge zuständigen Dienst-/Außenstelle des Bundeseisenbahnvermögens** zusenden. Reicht der Platz für Ihre Angaben nicht aus, bitte einen weiteren Vordruck oder ein besonderes Blatt verwenden.

- Beamter/Beamtin
 Angestellte(r)
 Arbeiter(in)
 Versorgungsempfänger(in)

(Eingangsstempel der Dienst- oder Außenstelle)
--

1	Familienname und Vorname		Geboren am		
	Straße/Platz Nr.		Postleitzahl, Wohnort		
	Amts- oder Dienstbezeichnung		<input type="checkbox"/> vollzeitbeschäftigt	<input type="checkbox"/> teilzeitbeschäftigt mit wöchentlich _____ Stunden seit _____	
	Beschäftigungsstelle		Postleitzahl, Dienstort		
	<input type="checkbox"/> Witve(r) des/der	Familienname und Vorname		Amtsbezeichnung	
	<input type="checkbox"/> Waise des/der				
	1.1	Familienstand			
		<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> verheiratet seit _____	<input type="checkbox"/> wiederverheiratet seit _____	<input type="checkbox"/> dauernd getrennt lebend seit _____
		<input type="checkbox"/> verwitwet seit _____			
		<input type="checkbox"/> geschieden, Ehe aufgehoben oder für nichtig erklärt seit _____	meinem früheren Ehegatten gewähre ich Unterhalt aufgrund Unterhaltsverpflichtung <input type="checkbox"/> nein, ggf. seit _____ <input type="checkbox"/> ja, seit _____ Nachweise sind beigefügt (z. B. Unterhaltsurteil, gerichtl. oder notarieller Vergleich, Vertrag) in Höhe von _____ Euro monatlich		
1.2	Ich bin gleichzeitig Versorgungsempfänger(in)				
	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, seit _____	Pensionsfestsetzungsbehörde (Bezeichnung, Straße/Platz Nr., Postleitzahl, Ort, Personal-Nr.)		
1.3	Ich stehe gleichzeitig in einem / einem weiteren Beschäftigungsverhältnis (auch als Versorgungsempfänger(in))				
	<input type="checkbox"/> nein, ggf. seit _____	<input type="checkbox"/> ja, seit _____	Dienststelle/Firma (Bezeichnung, Straße/Platz Nr., Postleitzahl, Ort, Personal-Nr.)		
				Öffentlicher Dienst <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht bekannt	
2	Nur auszufüllen von Verheirateten				
	Familienname und Vorname des Ehegatten		Geboren am		
	Straße/Platz Nr.		Postleitzahl, Wohnort		
2.1	Mein Ehegatte				
	<input type="checkbox"/> steht in keinem Beschäftigungsverhältnis		<input type="checkbox"/> steht seit _____ in keinem Beschäftigungsverhältnis mehr (Nachweis liegt bei)		
	<input type="checkbox"/> ist seit _____ beschäftigt als:				
	<input type="checkbox"/> Beamter/Beamtin	<input type="checkbox"/> Beamtenanwärter(in)	<input type="checkbox"/> Richter(in)	<input type="checkbox"/> Berufssoldat/Soldat(in) auf Zeit	
	<input type="checkbox"/> Angestellte(r)	<input type="checkbox"/> Arbeiter(in)			
	<input type="checkbox"/> Auszubildende(r), Bezüge monatlich _____ Euro, Vergütungs-/Lohngruppe nach der Ausbildung und ist				
	<input type="checkbox"/> vollzeitbeschäftigt seit _____		<input type="checkbox"/> teilzeitbeschäftigt mit wöchentlich _____ Stunden seit _____		
	bei Dienststelle/Firma (Bezeichnung, Straße/Platz Nr., Postleitzahl, Ort, Personal-Nr.)			Öffentlicher Dienst <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht bekannt	
2.2	Mein Ehegatte ist nach beamtenrechtlichen Grundsätzen versorgungsberechtigt				
	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, seit _____	Pensionsfestsetzungsbehörde (Bezeichnung, Straße/Platz Nr., Postleitzahl, Ort, Personal-Nr.)		

5 Angaben zur Berücksichtigung von Kindern. Bitte Nachweis beifügen!

5.1 Für folgende Kinder wird mir, meinem Ehegatten oder einer anderen Person (z. B. dem früheren Ehegatten, dem Vater/der Mutter meines Kindes, den Stief-, Groß- oder Pflegeeltern) Kindergeld nach dem Einkommensteuergesetz oder dem Bundeskindergeldgesetz oder eine ähnliche Leistung gewährt oder ist diese Leistung beantragt:

Lfd. Nr.	Familienname und Vorname (in der Reihenfolge der Geburt mit dem ältesten Kind beginnend)	Geboren am			Kindschafts- verhältnis	Leistung		Anschrift (Straße/Platz Nr., Postleitzahl, Ort) Nur auszufüllen, wenn das Kind dem Haushalt des Mitteilenden nicht angehört oder anderweitig untergebracht ist
		T	M	J		wird gewährt	ist beantragt	
1						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

5.2 Zu lfd. Nr. Das Kindergeld oder eine ähnliche Leistung erhält (erhalten) / beantragt (beantragen) folgende Person(en):

Zu lfd. Nr.	Ich selbst			Mein Ehegatte			Andere (oder weitere) Person)			Familienname und Vorname, Straße/Platz Nr, Postleitzahl, Ort (Wenn nicht bekannt, Unterhalt zahlende Stelle/Person angeben.)	von/bei welcher Stelle	Kindergeld- nummer
	voll	teil- weise	nein	voll	teil- weise	nein	voll	teil- weise	nicht be- kannt			
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

5.3 Zu lfd. Nr. Die andere (oder weitere) Person, deren Ehegatte oder ein bei ihr wohnender Elternteil des Kindes steht in einem Beschäftigungsverhältnis:

Zu lfd. Nr.	Andere (oder weitere) Person			Ehegatte d. anderen (o. weiteren) Person			Elternteil des Kindes			Wenn ja: Dienststelle/Firma (Bezeichnung, Straße/Platz Nr., Postleitzahl, Ort)	vollzeit- beschäftigt	teilzeit- beschäftigt	seit
	nein	nicht be- kannt	ja	nein	nicht be- kannt	ja	nein	nicht be- kannt	ja				
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

5.4 Zu lfd. Nr. Die andere (oder weitere) Person, deren Ehegatte oder ein bei ihr wohnender Elternteil des Kindes erhält Versorgung nach beamtenrechtlichen Grundsätzen.

Zu lfd. Nr.	Andere (oder weitere) Person			Ehegatte d. anderen (o. weiteren) Person			Elternteil des Kindes			Wenn ja: Pensionsfestsetzungsbehörde (Bezeichnung, Straße/Platz Nr., Postleitzahl, Ort)	Personal-Nr.	seit
	nein	nicht be- kannt	ja	nein	nicht be- kannt	ja	nein	nicht be- kannt	ja			
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

6	Nur auszufüllen von Vollwaisen							
6.1	Kindergeld oder eine ähnliche Leistung wird mir/einer anderen Person gewährt oder ist von mir/einer anderen Person beantragt:							
	<input type="checkbox"/> nein, ggf. seit	<input type="checkbox"/> ja, seit	Familienname und Vorname der anderen Person, Straße/Platz Nr., Postleitzahl, Ort	Kindschaftsverhältnis zur anderen Person				
6.2	Die andere Person oder ihr Ehegatte ist nach beamtenrechtlichen Grundsätzen versorgungsberechtigt							
	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, seit	Pensionsfestsetzungsbehörde (Bezeichnung, Straße/Platz Nr., Postleitzahl, Personal-Nr.)					
6.3	Die andere Person oder ihr Ehegatte ist beschäftigt							
	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, seit	Dienststelle/Firma (Bezeichnung, Straße/Platz Nr., Postleitzahl, Ort)	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">voll-zeit beschäftigt</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">teil-zeit beschäftigt</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	voll-zeit beschäftigt	teil-zeit beschäftigt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
voll-zeit beschäftigt	teil-zeit beschäftigt							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
7	Sonstige Mitteilungen							
7.1	<input type="checkbox"/> Für folgende(s) Kind(er) wird Kindergeld oder eine ähnliche Leistung nicht mehr gewährt:							
	Familienname und Vorname	vom _____ an	Familienname und Vorname	vom _____ an				
	Bitte Nachweise beifügen, es sei denn, dass die Familienkasse beim Bundeseisenbahnvermögen das Kindergeld für diese Kinder entzogen hat.							
7.2	<input type="checkbox"/> Die unter Abschn. 3 genannte(n) Person(en) <input type="checkbox"/> Das (Die) unter Abschn. 4.2 genannte(n) Kind(er) <input type="checkbox"/> Das (Die) unter Abschn. 5.1 genannte(n) Kind(er) <input type="checkbox"/> Die unter Abschn. 6 genannte Vollweise leistet (leisten) Wehr- oder Zivildienst ab, ohne Soldat auf Zeit oder Berufssoldat zu sein, und zwar <input type="checkbox"/> lfd. Nr. _____ vom _____ bis _____ <input type="checkbox"/> lfd. Nr. _____ vom _____ bis _____ Bitte Nachweise beifügen!							
7.3	<input type="checkbox"/> Mein Ehegatte <input type="checkbox"/> Mein früherer Ehegatte <input type="checkbox"/> Der andere Elternteil des Kindes <input type="checkbox"/> Die unter Abschn. 3.1 genannte(n) Person(en) <input type="checkbox"/> Der andere (oder weitere) Empfänger des Kindergeldes oder einer ähnlichen Leistung <input type="checkbox"/> Der Ehegatte des anderen (oder weiteren) Empfänger des Kindergeldes oder einer ähnlichen Leistung <input type="checkbox"/> ist vom _____ bis _____ ohne Bezüge beurlaubt <input type="checkbox"/> erhält vom _____ bis _____ Krankengeld nach der Reichsversicherungsordnung <input type="checkbox"/> erhält Mutterschaftsgeld nach dem Mutterschutzgesetz / Dienst- oder Anwärterbezüge nach der Verordnung über den Mutterschutz für Beamtinnen, und zwar vom _____ bis _____ während der Mutterschutzfristen <input type="checkbox"/> erhält vom _____ bis _____ Elternzeit nach dem Bundeserziehungsgeldgesetz/der Elternzeitverordnung (EltZV) <input type="checkbox"/> _____ Bitte Nachweise beifügen!							
7.4	<input type="checkbox"/> _____ _____							

Die Anleitung für das Ausfüllen dieses Vordrucks habe ich erhalten und vom Inhalt, insbesondere von den Bestimmungen zur Anzeige- und Rückzahlungspflicht (Teil I Abschn. 4 und 5) sowie über die Folgen unrichtiger oder unvollständiger Angaben (Teil III), vollständig Kenntnis genommen.

Ich versichere, dass meine Angaben vollständig und richtig sind. Mir ist bekannt, dass ich verpflichtet bin, jede in den vorstehend dargelegten Verhältnissen künftig eintretende Änderung unverzüglich der für die Festsetzung meiner Bezüge zuständigen Dienst-/Außenstelle des Bundeseisenbahnvermögens anzuzeigen und zu belegen, und dass ich alle Bezüge, die ich infolge unterlassener, verspäteter oder fehlerhafter Mitteilung zuviel erhalten habe, zurückzahlen muss. Aus diesem Grund habe ich eine Durchschrift der ausgefüllten Mitteilung einbehalten.

Das Merkblatt über Kindergeld und andere kinderbezogene Leistungen habe ich erhalten und insbesondere vom Inhalt der Abschnitt 11 und 12 (Anzeigepflichten) Kenntnis genommen (nur zutreffend, wenn Sie in Nr. 5 Kinder aufgeführt haben).

Folgende Nachweise habe ich beigefügt:

_____ (Ort, Datum)

Fernmündlich zu erreichen unter Tel.-Nummer: _____ (Unterschrift der/des Mitteilenden)