

REGIERUNGSPRÄSIDIUM
POSTFACH 10 30 67
34112 KASSEL

Meine Anschrift hat sich geändert

Meine Telefonnummer lautet

Aktenzeichen

11-W- , -

Personal-Nr.

Versanddatum

Überprüfung der Anspruchsberechtigung auf Waisengeld für

Name, Vorname

Geburtsdatum

Bezugsberechtigt ist bei Bestellung eines Vormunds, Betreuers usw.

Sehr geehrte Versorgungsempfängerin, Sehr geehrter Versorgungsempfänger,

die für die Zahlung des Waisengeldes zuständigen Pensionsregelungsbehörden sind verpflichtet, in regelmäßigen Abständen, bzw. zu bestimmten Zeitpunkten die Anspruchsvoraussetzungen für den Bezug des Waisengeldes zu überprüfen. Die Zahlung des Waisengeldes ist nach den hier vorliegenden Unterlagen einzustellen, falls die Voraussetzungen nach dem Hessischen Beamtenversorgungsgesetz (HBeamtVG) zur Weitergewährung nicht weiterhin vorliegen. Ergibt die Überprüfung, dass die Anspruchsvoraussetzungen unverändert vorliegen, wird von mir ohne weitere Nachricht die Weiterzahlung über den obengenannten Zeitraum veranlasst.

Beantworten Sie sorgfältig die in den jeweils zutreffenden Abschnitten gestellten Fragen und fügen Sie die geforderten Nachweise bei. Falls Sie auf dem Vordruck eine Frage nicht mit Sicherheit beantworten können, vermerken Sie dies bitte oder wenden Sie sich an die zuständige Sachbearbeiterin/den zuständigen Sachbearbeiter. Senden Sie diese Erklärung - mit der erforderlichen Unterschrift versehen - **innerhalb von vier Wochen ab dem Versanddatum** - an die auf der Rückseite vorbereitete Anschrift, auch dann, wenn keine Weitergewährungsgründe vorliegen, da noch rückwirkende Überprüfungen vorzunehmen sind.

Mit freundlichen Grüßen
 Ihre
 Pensionsregelungsbehörde

1 Angaben zu dem Familienstand der Waise		
Ich bin	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> eingetragener Lebenspartner	seit (Datum)
2 Ich befinde mich (ggf. weiterhin) in Berufsausbildung		
	in nachfolgend angekreuzter Ausbildungsart	Beginn Datum (Monat/Jahr) voraussichtlich bis Datum (Monat/Jahr)
<input type="checkbox"/>	Schulbildung	Bitte zeitnahe Schulbescheinigung beifügen (wenn nicht bereits vorgelegt)
<input type="checkbox"/>	Studium	Bitte Studienbescheinigung(en) mit Angabe des Studiengangs und des Fachsemesters für die letzten 12 Monate beifügen! (wenn nicht bereits vorgelegt)
<input type="checkbox"/>	Betriebliche Ausbildung	Bitte Ausbildungsbescheinigung beifügen Ausbildungsvertrag <input type="checkbox"/> liegt bereits vor <input type="checkbox"/> liegt bei
<input type="checkbox"/>	Sonstige Ausbildung	
2.2	Sind Sie von der Ausbildung beurlaubt ?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Bitte Zeitraum und Grund angeben.
2.3	Üben Sie neben der Ausbildung eine Erwerbstätigkeit oder selbständige Tätigkeit aus?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Anzahl der Wochenstunden

3 Ich befinde mich nicht mehr in Berufsausbildung			
3.1	seit	Datum:	Grund <input type="checkbox"/> Ablegen der vorgeschriebenen Prüfung <input type="checkbox"/> Abbruch der Berufsausbildung <input type="checkbox"/>
3.2	Ich werde am	Datum:	eine Erwerbstätigkeit aufnehmen.
!! Bitte Nachweise über das tatsächliche Ende der Ausbildung beifügen (z.B. Kopie des Prüfungszeugnisses) !!			
3.3	Beabsichtigen Sie Ihre Ausbildung fortzusetzen? bzw. eine neue Ausbildung zu beginnen ?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Welche Ausbildung streben Sie an
		vorauss. Beginn der Ausbildung	vorauss. Ende Ende der vorhergehenden Ausbildung
54 Angaben über Wehr- oder Zivildienst etc.			
4.1	ich habe Wehr- oder Zivildienst etc. abgeleistet	<input type="checkbox"/> ja, von bis	Bescheinigung <input type="checkbox"/> liegt bereits vor <input type="checkbox"/> habe ich beigelegt
4.2	Ich werde	<input type="checkbox"/> den gesetzlichen Wehr-/ Zivildienst antreten oder:	<input type="checkbox"/> den Dienst als Soldat auf Zeit antreten mit einer Verpflichtungszeit von
		Beginn des Dienstes	und im Anschluss an den Dienst meine Ausbildung fortsetzen. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
5 Ich bin / die Waise ist wegen körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung außerstande, sich selbst zu unterhalten			
	<input type="checkbox"/> nein: bitte weiter bei Punkt 6		<input type="checkbox"/> ja, bitte folgende Punkte ausfüllen
Bei erstmaliger Berücksichtigung aus diesem Grunde bitte kurze Erläuterung und Nachweise beifügen!			
5.1	<input type="checkbox"/> Die Waise soll nicht als behinderte Waise, sondern vorrangig berücksichtigt werden, weil		seit / von - bis
	<input type="checkbox"/> die Waise an einer Maßnahme zur Teilhabe am Arbeitsleben teilnimmt		
	<input type="checkbox"/> die Waise sich im Eingangs-Trainingsbereich einer Behinderten-Werkstatt befindet		
Unterlagen über Art und Dauer der Maßnahme bitte beifügen			
5.2	Angaben zu Art und Umfang der Behinderung		
	Behindert seit	<input type="checkbox"/> auf Dauer	<input type="checkbox"/> bis voraussichtlich
	Grad der Behinderung	Merkzeichen / Merkmal(e)	Pflegestufe
<input type="checkbox"/>	Ich füge folgende <u>aktuelle</u> Nachweise bei (Kopien):		
	<input type="checkbox"/> Ausweis nach dem Neunten Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX)		
	<input type="checkbox"/> Bescheid/Bescheinigung der für die Durchführung des Bundesversorgungsgesetzes zuständigen Behörde		
	<input type="checkbox"/> Feststellungsbescheid des Versorgungsamtes		
	<input type="checkbox"/> Rentenbescheid des zuständigen Rentenversicherungsträgers (bei Rente aufgrund der Behinderung)		
	<input type="checkbox"/> Bescheid über die Einstufung als Schwerstpflegebedürftiger in Pflegestufe III		
	<input type="checkbox"/> Bescheid über eine Mehrfachanrechnung gemäß § 76 Abs. 1 SGB IX		
	<input type="checkbox"/> Fachärztliches Gutachten/Attest		
	<input type="checkbox"/> Sonstiges:		
<input type="checkbox"/>	Ich kann keine Nachweise vorlegen, weil		

5.3	Angaben zum Aufenthalt der Waise	
	Die Waise wohnt	
<input type="checkbox"/>	im Haushalt von:andere Unterbringungsmöglichkeit steht nicht durchgehend zur Verfügung)	
<input type="checkbox"/>	in einer eigenen Wohnung, deren Kosten <u>nicht</u> von dritter Seite getragen werden	
<input type="checkbox"/>	vollstationär oder vergleichbar in	
	Anschrift:	
	Grund:	
	Kostenträger: (z.B. LWV)	
5.4.	Angaben zu Tätigkeiten der Waise	
		seit / von – bis
<input type="checkbox"/>	erlernter Beruf	<input type="checkbox"/> ausgeübt im Umfang (bitte erläutern)
<input type="checkbox"/>	befindet sich im Arbeitsbereich einer Behinderten-Werkstatt	
<input type="checkbox"/>	Sonstiges:	

6	Sonstige Gründe für eine Weitergewährung des Waisengeldes, sonstige Mitteilungen

<input type="checkbox"/>	Folgende Leistungen sind beantragt, eine Entscheidung über die Bewilligung steht aber noch aus (z.B. Waisenrente, Unfallrente etc:)

<input type="checkbox"/>	Die Erklärung zu den Einkünften und Bezügen einer behinderten Waise sowie Bescheinigungen über Dauer und Höhe von Einnahmen habe ich beigelegt.
--------------------------	--

Versicherung des Berechtigten

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben und Aussagen in den angeforderten Erklärungen vollständig und richtig sind. Mir ist bekannt, dass ich verpflichtet bin, dem Regierungspräsidium Kassel - Dezernat Beamtenversorgung - jede Änderung der angegebenen Tatsachen unverzüglich anzuzeigen.

Ort, Datum

Unterschrift

Bitte zurücksenden an folgende Anschrift

**REGIERUNGSPRÄSIDIUM
DEZERNAT BEAMTENVERSORGUNG
34112 KASSEL**