

Geschäftszeichen	Bearbeiter/in
------------------	---------------

Erklärung zum ergänzenden Familienzuschlag

nach § 40a BBesG BE

Hinweise:

- Nur von Personen auszufüllen, die verheiratet sind oder eine eingetragene Lebenspartnerschaft begründet haben.
- Bitte beachten Sie die Erläuterungen am Ende dieses Dokuments.

I. Angaben zur Person

Zutreffendes bitte ankreuzen oder ausfüllen

Name, Vorname	Geburtsdatum	Dienststelle	Stellenzeichen
			Personalnummer
Anschritt/ Telefonnummer			

II. Angaben zur geehelichten Person (Ehe bzw. eingetragene Lebenspartnerschaft)

Name, Vorname; ggf. Geburtsname	Geburtsdatum	Personalnummer
Anschritt		
Bezieht die genannte Person ein Erwerbseinkommen ¹ ?		
Nein Ja, in Höhe von monatlich _____ Euro		
Bezieht die genannte Person ein Erwerbssatzeinkommen ² ?		
Nein Ja, in Höhe von monatlich _____ Euro		
Bezieht die genannte Person Elterngeld ³ ?		
Nein Ja, in Höhe von monatlich _____ Euro		

Bitte fügen Sie bei etwaigen Bezügen entsprechende Nachweise bei.

¹ Erwerbseinkommen nach § 18a Absatz 2 oder 2a des Vierten Buches Sozialgesetzbuch.

² Erwerbssatzeinkommen nach § 18a Absatz 3 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch.

³ Elterngeld nach den Abschnitten 1 und 2 des Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetzes.

III. Anspruchsvoraussetzungen für den ergänzenden Familienzuschlag

Zur Gewährung des ergänzenden Familienzuschlages ist es ausreichend, wenn nur eine der nachstehenden Voraussetzungen erfüllt ist. Bitte geben Sie den **Zeitraum** (Kalendermonat und Jahr) an, in dem die **Voraussetzungen** vorlagen bzw. vorliegen werden. Sofern die Voraussetzungen dauerhaft vorliegen werden, lassen Sie bitte das Enddatum offen:

Von _____ bis _____

Die unter Ziffer II genannte Person

betreut ein Kind, das das erste Lebensjahr noch nicht vollendet hat. Angaben zum Kind: Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____
pflegt eine pflegebedürftige Angehörige ⁴ oder einen pflegebedürftigen Angehörigen mit einem Pflegegrad von zwei oder höher in häuslicher Umgebung. Angaben zur/zum Angehörigen: Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____ Verwandtschaftsgrad _____
betreut eine minderjährige pflegebedürftige Angehörige ⁴ oder einen minderjährigen pflegebedürftigen Angehörigen mit einem Pflegegrad von zwei oder höher in häuslicher oder außerhäuslicher Umgebung. Angaben zur/zum Angehörigen: Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____ Verwandtschaftsgrad _____
ist als schwerbehindert ⁵ anerkannt.
ist ohne Anspruch auf Krankengeld ⁶ erkrankt.
hat die Regelaltersgrenze ⁷ überschritten und es besteht weder eine Pflichtversicherung oder Familienversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung der Rentner noch hat die Person einen Anspruch auf Arbeitslosengeld ⁸ .

⁴ Angehörige in diesem Sinne sind: Großeltern, Eltern, Schwiegereltern, Stiefeltern, Kinder, Adoptiv- und Pflegekinder sowie die Kinder, Adoptiv- und Pflegekinder der geehelichten Person.

⁵ Schwerbehindert gemäß § 2 Absatz 2 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch.

⁶ Krankengeld gemäß § 44 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

⁷ Regelaltersgrenze gemäß § 35 Satz 2 oder § 235 Absatz 2 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch.

⁸ Arbeitslosengeld nach § 136 Absatz 1 des Dritten Buches Sozialgesetzbuch.

Das Vorliegen der Voraussetzung für den angekreuzten Tatbestand weise ich wie folgt nach:

Geburtsurkunde des Kindes

Bestätigung über die Elternzeit

Bescheinigung der Pflegekasse, der privaten Pflegeversicherung oder des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung

Kopie des Schwerbehindertenausweises (beide Seiten) oder Bescheid über die Schwerbehinderung

Bescheinigung der Krankenkasse oder Krankenversicherung, dass kein Anspruch auf Krankengeld besteht

Ablehnungsbescheid der Bundesagentur für Arbeit

Sonstiger Nachweis: _____

Ich versichere, dass meine Angaben vollständig und richtig sind. Mir ist bekannt, dass

- die Gewährung des ergänzenden Familienzuschlages auf meinen Angaben beruht und die Zahlungen unter dem Vorbehalt der Richtigkeit dieser Angaben und des Gleichbleibens der angegebenen Verhältnisse im jeweiligen Zahlungszeitraum stehen;
- ich verpflichtet bin, jede in den angegebenen Verhältnissen eintretende Änderung unverzüglich meiner Personalstelle schriftlich anzuzeigen;
- ich verpflichtet bin, alle Bezüge, die ich infolge unterlassener, unvollständiger, fehlerhafter oder verspäteter Anzeige zu viel erhalten habe, zurückzuzahlen;
- ich in den vorgenannten Fällen keinen Vertrauensschutz habe und mich nicht auf den Wegfall der Bereicherung berufen kann;
- der ergänzende Familienzuschlag bei unvollständigen oder nicht prüffähigen Angaben nicht gewährt werden kann.

(Datum, Unterschrift Dienstkraft)

(Datum, Unterschrift geehelichte Person)

Erläuterung:

Nach § 40a BBesG BE haben beamtete Dienstkräfte, deren geehelichte Person (Ehe bzw. eingetragene Lebenspartnerschaft) nicht zum Familieneinkommen beitragen kann, in bestimmten Fällen zur Sicherstellung der amtsangemessenen Alimentation Anspruch auf einen ergänzenden Familienzuschlag. Um feststellen zu können, ob und in welcher Höhe Ihnen dieser Zuschlag zusteht, füllen Sie bitte in Ihrem Interesse diese Erklärung aus und geben Sie sie umgehend zur weiteren Bearbeitung an Ihre Personalstelle bzw. an deren Fachbereich zur Bearbeitung familienbezogener Leistungen. Diese unterstützen Sie auch bei etwaigen Fragen Ihrerseits.

Die **Gewährung** des ergänzenden Familienzuschlages erfolgt **ab dem Monat**, in dem das Vorliegen der **Voraussetzungen gegenüber der Dienststelle angezeigt** worden ist. Bitte beachten Sie, dass die Gewährung zeitlich befristet ist. In der Regel liegt diese Frist bei höchstens einem Jahr. Diese Frist kann auf bis zu fünf Jahre verlängert werden, wenn von einem dauerhaften Vorliegen der Voraussetzungen ausgegangen werden kann. Liegen nach Ende des Gewährungszeitraums die Voraussetzungen weiterhin vor, so zeigen Sie dies bitte gegenüber Ihrer Personalstelle rechtzeitig an. Der ergänzende Familienzuschlag wird dann ohne Unterbrechung weitergewährt.