

Personalnummer:

(achtstellig)

**Zentrale Besoldungs- und
Versorgungsstelle (ZBS)**Am Stadtgraben 2-4
66111 SaarbrückenAn das
Landesamt für Zentrale Dienste
- ZBS -
Postfach 10 22 44
66022 Saarbrücken**Erklärung**

zur Prüfung des Anspruchs auf Familienzuschlag Stufe 1 gem. § 50 Abs. 1 SBeamVG

Name des / der Ehegatten/in: _____ geboren am:

Ehegatte/in erhält eigene Beamtenversorgung: ja ☐ nein ☐Ehegatte/in ist berufstätig: ja ☐ nein ☐Ehegatte/in erhält Orts-/Familienzuschlag: ja ☐ nein ☐

wenn ja:

Arbeitgeber bzw. Versorgungsstelle
des Ehegatten

(genaue Bezeichnung und Adresse)

Mir ist bekannt, dass

- die Angaben dieser Erklärung der Festsetzung meiner Versorgungsbezüge zu Grunde gelegt werden,
- ich verpflichtet bin, jede Änderung der Verhältnisse dem LZD unverzüglich schriftlich anzuzeigen,
- ich die Beträge, die wegen unrichtiger Angaben oder wegen unterlassener, verspäteter oder fehlerhafter Anzeige zuviel gezahlt wurden, zurück zahlen muss.

Ort / Datum / Unterschrift