

Kommunaler Versorgungsverband  
Sachsen  
Postfach 16 01 17  
01287 Dresden

Mitglieds-Nr.
Name und Anschrift des Mitglieds
.....
.....
zuständige(r) Ansprechpartner(in)
Name .....
Tel.-Nr. ....
Fax-Nr. ....

## Antrag auf Erstattung von Dienstbezügen

1.	Name, Vorname des Angehörigen	Geburtsdatum										
<input type="checkbox"/> ist seit <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/>												
<input type="checkbox"/> war von <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> bis <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/>												
durch Krankheit vollständig an der Ausübung des Dienstes gehindert.												
2.	Die durch Krankheit verursachte vollständige Dienstverhinderung war insgesamt länger als zwei Wochen unterbrochen. <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, bitte Zeitraum und Art der Unterbrechung (z. B. Dienstleistung) angeben. Maßnahmen im Sinne des § 4 Abs. 1 Satz 2 der Allgemeinen Satzung sind im Einzelnen darzulegen. <sup>1</sup>											
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Zeitraum von / bis</th> <th>Art der Unterbrechung</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>			Zeitraum von / bis	Art der Unterbrechung								
Zeitraum von / bis	Art der Unterbrechung											

<sup>1</sup> Eine Unterbrechung der Dienstverhinderung liegt nach § 4 Abs. 1 Satz 2 der Allgemeinen Satzung nicht vor bei einer Dienstleistung, die nicht länger als zwei Wochen dauert, sowie bei therapeutischen Wiedereingliederungsphasen, Arbeitserprobungen und vergleichbaren Maßnahmen, die nach Abstimmung mit den behandelnden Ärzten die unverzügliche Wiederaufnahme des vollen Dienstes ermöglichen sollen.

3.	Erstattungsfähige Bezüge im Erstattungszeitraum: <sup>2</sup>						
	Monat						
	Grundgehalt						
	Familienzuschlag						
	Stellenzulage						
	Sonstige Zulagen						
	Gesamt						

  

	Ja	Nein
4. Kann von einem Dritten Schadenersatz für die erstattungsfähigen Bezüge verlangt werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ist der Erstattungsanspruch auf einen anderen übergegangen oder übertragen worden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ist der Schadenersatzanspruch bzw. der Erstattungsanspruch gegenüber einem Dritten verjährt, erloschen oder im Vergleichsweg abgefunden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

  

7. Angabe der Bankverbindung:  
  
 Kreditinstitut: \_\_\_\_\_  
  
 IBAN \_\_\_\_\_  
  
 BIC \_\_\_\_\_  
  
 Verwendungszweck: \_\_\_\_\_

	<p><b><u>Erklärung</u></b></p> <p>Die Richtigkeit der Angaben wird bestätigt.</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div style="width: 45%;"> <p>Datum</p> <p>_____</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p>Unterschrift</p> <p>_____</p> </div> </div>
--	--

<sup>2</sup> Erstattet wird die Hälfte der dem Angehörigen für die Zeit nach Ablauf des sechsten Krankheitsmonats bis zum Wiederantritt des Dienstes bzw. bis zum Eintritt des Versorgungsfalls, im Todesfall bis zum Ablauf des Sterbemonats zustehenden und gezahlten Dienstbezüge bzw. der diesen entsprechenden Bezüge, jedoch höchstens auf die Dauer von sechs Monaten. Zu den erstattungsfähigen Bezügen zählen insbesondere nicht die jährliche Sonderzahlung und die vermögenswirksamen Leistungen.