



# Baden-Württemberg

LANDESAMT FÜR BESOLDUNG UND VERSORGUNG

## Antrag auf Auszahlung des Waisengeldes

### Hinweise:

1. Bitte fügen Sie die **Sterbeurkunde** bei, sofern uns diese noch nicht vorliegt.
2. Die folgenden Daten werden zur Auszahlung Ihrer Bezüge benötigt. Die Rechtsgrundlagen, nach denen die Daten erhoben werden, entnehmen Sie bitte den Informationen zum Datenschutz unter <https://lbv.landbw.de/das-lbv/kontakt/datenschutz>. Sofern die Angaben freiwillig sind, ist dies im Vordruck vermerkt.

Zutreffendes bitte ankreuzen  oder ausfüllen

### 1 Angaben zur verstorbenen Person

Name		Vorname	Personalnummer/Arbeitsgebiet
Geburtsdatum	Sterbedatum		

### 2 Angaben der Waise/des Waisen

Name		Vorname	Telefonnummer (Angabe freiwillig)
Geburtsdatum	Anschrift		

- Ich bin Kind/Adoptivkind der verstorbenen Person und beantrage die Auszahlung des Waisengeldes und ggf. des Sterbegeldes.
- Ich befinde mich
- in Schul-/Berufsausbildung\*)
  - in einer Übergangszeit von höchstens vier Monaten, die zwischen zwei Ausbildungsabschnitten oder zwischen einem Ausbildungsabschnitt und der Ableistung des gesetzlichen Wehr- oder Zivildienstes einer vom Wehr- oder Zivildienst befreienden Tätigkeit als Entwicklungshelfer oder als Dienstleistender im Ausland nach § 14b des Zivildienstgesetzes oder der Ableistung eines freiwilligen Dienstes im nachstehenden Sinne liegt. \*)
  - in einem freiwilligen sozialen Jahr oder freiwilligen ökologischen Jahr im Sinne des Jugendfreiwilligendienstgesetzes oder nach dem Freiwilligendienst im Sinne des Beschlusses Nr. 1719/2006/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 15. November 2006 zur Einführung des Programms „Jugend in Aktion“ (ABl, EU Nr. L 327 S. 30) oder einem anderen Dienst im Ausland im Sinne von § 14b des Zivildienstgesetzes oder einen Entwicklungspolitischen Freiwilligendienst „weltwärts“ im Sinne der Richtlinie des Bundesministeriums für Wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung vom 1. August 2007 (BAnz. 2008 S. 1297) oder einen Freiwilligendienst aller Generationen im Sinne des § 2 Abs. 1a des Siebten Buches Sozialgesetzbuches. \*)
- Ich kann eine Berufsausbildung mangels Ausbildungsplatz nicht beginnen oder fortsetzen.
- Es liegt eine Behinderung i.S.d. § 32 Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 des Einkommensteuergesetz (EStG) vor.

\*) Bitte fügen Sie Nachweise bei. Bei Schulausbildung ist ein Nachweis erst ab dem 18. Lebensjahr notwendig.

### 3 Erklärung zur Krankenversicherung

Ich bin Mitglied in der gesetzlichen Krankenkasse

- ja  
Der Vordruck LBV 2004 „Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung aus Versorgungsbezügen“ ist beigefügt.
- nein

LBV 2007 – 04/21

#### 4 Weitere wichtige Angaben

Der Tod wurde durch einen Unfall oder durch ein anderes schädigendes Ereignis (z. B. ärztliche Fehlbehandlung) verursacht

ja

Bitte fügen Sie eine ausführliche Schilderung des Sachverhalts bei (geben Sie dabei an, ob eine und ggf. welche Polizeidienststelle oder andere Ermittlungsbehörde sich mit der Angelegenheit befasst hat; ggf. bitte Aktenzeichen mitteilen).

nein

#### 5 Angaben zu den Einkünften antragsstellende Person

Ich erhalte **zusätzlich** eine

eigene Rente

ja

nein

wird/ist bereits beantragt

Waisenrente

ja

nein

wird/ist bereits beantragt

**Wenn ja:**

aus einer gesetzlichen Rentenversicherung (Deutsche Rentenversicherung; früher: Bundesversicherungsanstalt für Angestellte -BfA-, Landesversicherungsanstalt -LVA-, Bundesknappschaft, Seekasse)

aus einer zusätzlichen Alters- und Hinterbliebenenversorgung (z. B. VBL, ZVK)

aus einer gesetzlichen Unfallversicherung (z. B. Berufsgenossenschaft)

aus einer berufsständischen Versorgungseinrichtung (z. B. Ärzteversorgung) oder aus einer befreienden Lebensversicherung

aus einer Rentenversicherung nach dem Gesetz über die Alterssicherung der Landwirte

aus einer Rentenversicherung eines nichtdeutschen Versicherungsträgers

sonstige Versorgungsleistungen aufgrund einer Beschäftigung der/des Verstorbenen zur Versorgung der Hinterbliebenen im Fall des Todes

Der Rentenbescheid mit sämtlichen Anlagen

liegt bei

wird nachgereicht

##### 5.1 Ich beziehe **Erwerbseinkommen**

ja, aus

nicht selbstständiger Arbeit \*)

selbstständiger Arbeit \*)

einem Gewerbebetrieb \*)

Land- und Forstwirtschaft \*)

nein

##### 5.2 Ich beziehe **Erwerbsersatz Einkommen**

ja, nämlich

Krankengeld \*)

Verletztengeld \*)

Versorgungskrankengeld \*)

Mutterschaftsgeld \*)

Übergangsgeld \*)

Arbeitslosengeld \*)

Kurzarbeitergeld \*)

Krankentagegeld \*)

Insolvenzgeld \*)

vergleichbare Leistungen: \*) \_\_\_\_\_

nein

**5.3** Nur ausfüllen, wenn Sie eine **Abfindung** oder Entschädigung für ein vorzeitiges Ausscheiden aus der Beschäftigung erhalten:

Ich habe eine Abfindung im laufenden Kalenderjahr in Höhe von \_\_\_\_\_ EUR erhalten. \*)

\*) **Bitte fügen Sie Nachweise (z. B. Gehaltsmitteilung, Steuerbescheid o. ä.) bei.**

## 6 Angaben zur Steuer

Meine steuerliche Identifikationsnummer lautet: \_\_\_\_\_

Für die Vornahme des Lohnsteuerabzugs ist das Waisengeld als meine

- Hauptbeschäftigung (Arbeitgeber ist „Hauptarbeitgeber“)  
 weitere Beschäftigung (Arbeitgeber ist „Nebenarbeitgeber“)

Meine Steuermerkmale lauten:

Steuerklasse: \_\_\_\_\_ Konfession (Ehegatte/in/Lebenspartner/in): \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

### Hinweis:

Die Lohnsteuerabrechnung erfolgt **vorläufig** auf Grundlage der angegebenen Steuermerkmale.

Das Landesamt wird zum nächstmöglichen Zeitpunkt anhand der steuerlichen Identifikationsnummer Ihre Steuermerkmale beim Bundeszentralamt für Steuern elektronisch abrufen und die so erhaltenen Daten der Lohnsteuerabrechnung rückwirkend zu Grunde legen.

## 7 Das Waisengeld soll überwiesen werden auf

- das bisherige Konto  
 folgendes Konto:

Institut: \_\_\_\_\_

BIC: \_\_\_\_\_

▼ Hier endet die 22-stellige deutsche IBAN!

IBAN: \_\_\_\_\_

Name Kontoinhaber \_\_\_\_\_

### Verpflichtungserklärung

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben vollständig und richtig sind. Ich weiß, dass ich verpflichtet bin, jede Änderung (z. B. Aufnahme einer Beschäftigung, Heirat, Bezug eines Einkommens bzw. einer Rente, Wechsel in eine gesetzliche Krankenkasse oder Wechsel der gesetzlichen Krankenkasse) der in dem Vordruck geforderten Angaben unverzüglich anzuzeigen und dass ich durch die Verletzung der Anzeigepflicht oder durch falsche Angaben eingetretene Überzahlungen zurückzahlen muss.

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift antragstellende Person

**Landesamt für Besoldung und  
Versorgung Baden-Württemberg  
70730 Fellbach**