

Dienstherr Az.:	Ort, Datum	
	Auskunft erteilt	Tel.

Kommunaler Versorgungsverband
 Mecklenburg-Vorpommern
 Bereich II
 Knooper Weg 71
 24116 Kiel

Angaben zur Feststellung des Umfanges der Dienstzeit zur Versorgungslastenteilung für

Name:	
Vorname:	
Geburtsdatum:	
Letzte Amtsbezeichnung:	

a) Zeiten im Soldatenverhältnis auf Zeit (vgl. § 1 Abs. 2 S. 2 Soldatengesetz u. § 8 Landesbeamtenversorgungsgesetz M-V - bitte Nachweise beifügen, soweit sie hier nicht schon vorliegen)

Vom	bis	als	bei
		Soldat/in auf Zeit	Bundeswehr

b) Zeiten im Beamten- oder Richterverhältnis mit Dienstbezügen (oder eines ruhegehaltfähigen Urlaubs ohne Bezüge, jedoch ohne Zeiten im Beamtenverh. auf Widerruf - bitte Nachweise beifügen, soweit sie hier nicht schon vorliegen)

Vom	bis	als	bei
		Beamtin/Beamter	
		Beamtin/Beamter	
		Beamtin/Beamter	

c)

Freistellungen (Teilzeitbeschäftigung, Altersteilzeit, Beurlaubung ohne Bezüge):

- nein ja - Aufstellung - bei Teilzeit einschl. Gegenüberstellung von tatsächlicher und regelmäßiger Wochenarbeitszeit - s. Anlage u. Nachweise

Ist dem (letzten) Wechsel unmittelbar eine **Abordnung** bei dem aufnehmenden Dienstherrn vorangegangen?

- nein ja - und zwar von - bis bitte angeben

Falls Ja:

Hat der aufnehmende Dienstherr einen Versorgungszuschlag gezahlt?

- ja nein

Anlg.: _____

Unterschrift
