



Evangelische
Ruhegehaltsskasse

Ev. Ruhegehaltsskasse
Postfach 10 05 09
64205 Darmstadt

Dolivostraße 10
64293 Darmstadt

www.erk.de

Telefon 06151/9296-0
Telefax 06151/9296-26

Erklärung 2023

Sehr geehrte Damen und Herren,

im Auftrag Ihrer Landeskirche prüfen wir regelmäßig, ob die uns bekannten Daten noch mit Ihrer aktuellen Lebenssituation übereinstimmen und die bisherigen Zahlungen dem geltenden kirchlichen Versorgungsrecht entsprechen. Zu diesem Zweck übersenden wir Ihnen dieses Formblatt mit der Bitte, jede Ziffer auszufüllen und das unterschriebene Formular zeitnah – **innerhalb von 14 Tagen** – an uns zurückzusenden. Selbstverständlich werden wir Ihre Daten vertraulich behandeln und nur im Zusammenhang mit Ihrer Versorgungsangelegenheit verwenden.

Bitte fügen Sie **in jedem Fall** entsprechende Belege bei, soweit Sie uns diese noch nicht vorgelegt haben.

Dieses Formular finden Sie auch im Internet unter: www.erk.de/merkblaetter

Für Rückfragen steht Ihnen Ihr zuständiger Sachbearbeiter gern zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Ihre
Evangelische Ruhegehaltsskasse

Hinweis: Aus Verständlichkeitsgründen sind im Text keine geschlechtsspezifischen Unterscheidungen gemacht. Selbstverständlich gelten alle Bezeichnungen und Hinweise für alle Geschlechter.

1. Persönliche Daten

Name, Vorname _____ Personalnummer _____
ggf. abweichender Geburtsname _____ Geburtsdatum _____
Telefon _____ E-Mail _____

2. Familienstand und Angaben zum Ehegatten/Lebenspartner

Keine Änderungen (weiter mit Punkt 3)

Es gab folgende Änderungen:

verheiratet in ____ (z.B. 1.) Ehe seit _____ verwitwet seit _____
 eingetragene Lebenspartnerschaft seit _____ geschieden seit _____
 getrennt lebend seit _____

Name, Vorname (Ihres Ehegatten) _____ Geburtsname _____ Geb.-Datum _____

Bei meinem Ehegatten haben sich folgende Änderungen ergeben:

Mein Ehegatte ist seit/ab _____

Rentner Angestellter in Altersteilzeit
 Beamter Versorgungsempfänger in sonstigem Beschäftigungsverhältnis
 vollzeitbeschäftigt selbstständig nicht erwerbstätig
 teilzeitbeschäftigt mit _____ Wochenstunden
Die Arbeitszeit würde bei einer Vollbeschäftigung _____ Wochenstunden betragen

Arbeitgeber meines Ehegatten ist eine kirchliche Institution
 öffentlich-rechtliche Institution
 privatrechtliche Institution

Name und Anschrift des Arbeitgebers _____

3. Nur für Geschiedene: Frühere Ehen/Ehescheidung

Keine Änderungen (weiter mit Punkt 4)

Es gab folgende Änderungen:

Name, Vorname (des geschiedenen Ehegatten) _____ Geburtsname _____ Geb.-Datum _____

Nein, ich zahle keinen Unterhalt Ja, ich zahle monatlich _____ € Unterhalt
Urteil, Beschluss, Vertrag, liegt bei liegt ERK bereits vor wird nachgereicht
Vereinbarung zur Unterhaltszahlung

Versorgungsausgleich nicht durchgeführt, weil _____

Versorgungsausgleich durchgeführt am _____ Versorgungsausgleich anhängig

4. Krankenkasse

Keine Änderungen (weiter mit Punkt 5)

Es gab folgende Änderungen:

Ich bin seit/ab _____ pflichtversichert freiwillig versichert privat versichert

Name der Krankenkasse _____

Sozialversicherungsnummer _____

Ich bin seit/ab _____ beihilfeberechtigt gegenüber _____ (staatl./kirchl. Dienstherr)

nicht beihilfeberechtigt

5. Einkünfte

Keine Änderungen (weiter mit Punkt 6)

Es gab folgende Änderungen:

- Ich erhalte kein Erwerbseinkommen/Erwerbseinkommen mehr seit _____
- Ich erhalte Erwerbseinkommen seit/ab _____ als _____ (Art der Tätigkeit)
in Höhe von monatlich _____ € von _____ (auszahlende Stelle)
- Ich erhalte Erwerbseinkommen seit/ab _____ Art _____

6. Renten

Keine Änderungen (weiter mit Punkt 7)

Es gab folgende Änderungen:

Ich erhalte:

Gesetzliche Renten

Gesetzl. Rente	Art _____	seit/ab _____
Gesetzl. Hinterbliebenenrente	Art _____	seit/ab _____
Altersrente für Landwirte	Art _____	seit/ab _____
Gesetzl. Unfallrente	von _____	seit/ab _____
Ausländische Rente	von _____	seit/ab _____
Sonstige Rente	von _____	seit/ab _____

Zusatzrente (z. B. EZVK, ZVK oder VBL)

Alterszusatzrente	von _____	seit/ab _____
Hinterbliebenenzusatzrente	von _____	seit/ab _____

**Berufsständische Versorgung (z. B. für Ärzte, Apotheker, Rechtsanwälte, Architekten, Steuerberater)/
befreiende Lebensversicherung (der Arbeitgeber hat mindestens die Hälfte der Beiträge anstelle einer
gesetzlichen Altersversorgung getragen.)**

Berufsständische Versorgung	von _____	seit/ab _____
Befreiende Lebensversicherung	von _____	seit/ab _____

Bitte kreuzen Sie darüber hinaus nachstehend jeweils noch an und ergänzen Sie, wenn Sie...

- eine Rente bereits beantragt haben
bei _____ am _____
- einen Anspruch auf eine Rente hätten, diese aber nicht beantragt haben
bei _____ seit/ab _____
- darauf verzichtet haben
bei _____ am _____
- sich früher eine Rente haben einmalig auszahlen lassen
von _____ am _____
- Rentenbeiträge zurückerstattet bekommen haben
von _____ am _____
- die Altersgrenze für den Rentenbeginn noch nicht erreicht haben

7. Andere Versorgung

Keine Änderungen (weiter mit Punkt 8)

Es gab folgende Änderungen:

- Ich habe neben den Bezügen der ERK keine andere Versorgung mehr seit/ab _____
- Ich habe **zusätzlich** zu den Bezügen der ERK noch eine andere Versorgung seit/ab _____
von _____

8. Kinder

Es wird kein Kindergeld gezahlt (weiter mit Punkt 9)

Für folgende Kinder wird Kindergeld gezahlt

Name, Vorname	Geburtsdatum	Kindschafts- verhältnis*	Kindergeld wird gezahlt an	seit/ab
1. _____	_____	_____	_____	_____
2. _____	_____	_____	_____	_____
3. _____	_____	_____	_____	_____
4. _____	_____	_____	_____	_____
5. _____	_____	_____	_____	_____
6. _____	_____	_____	_____	_____

* Kindschaftsverhältnis laut Kennbuchstabe: **L** = leibliches Kind , **A** = Adoptivkind, **St** = Stiefkind, **P** = Pflegekind, **E** = Enkelkind, **S** = sonstige Kinder (sofern diese dauerhaft in Ihrem Haushalt leben)

9. Nur für Ledige und Geschiedene: Haushaltsaufnahme

Haben Sie ein Kind nicht nur vorübergehend in Ihre Wohnung aufgenommen oder auf Ihre Kosten anderweitig untergebracht (z. B. wegen Studiums, Klinik- oder Internatsaufenthalts)?

Haben Sie eine andere Person nicht nur vorübergehend in Ihre Wohnung aufgenommen, weil Sie aus beruflichen oder gesundheitlichen Gründen ihrer Hilfe bedürfen (keine angestellten Pflegekräfte)?

Nein

Ja, seit/ab _____
Name, Vorname (der Person/ des Kindes)
Geb.-Datum

Ich bestätige die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben. Jede Änderung werde ich der ERK rechtzeitig schriftlich anzeigen. Ich habe zur Kenntnis genommen, dass ich Beträge, die (z. B. durch Nichtangabe, verspätete oder fehlerhafte Angaben) zu Unrecht gezahlt wurden, zurückzahlen muss und mich insoweit nicht auf den „Wegfall der Bereicherung“ aus einer solchen Überzahlung berufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift

Falls Sie diese Erklärung nicht selbst ausgefüllt und/oder unterschrieben haben, bitten wir für evtl. Rückfragen um Angabe des Namens, der Telefonnummer und der Anschrift des Unterzeichners.

Name _____ Telefon _____

Anschrift _____