

bitte zurücksenden an  
**Niedersächsisches Landesamt  
für Bezüge und Versorgung (NLBV)**  
Referat 23

30149 Hannover

**Erklärung zu berücksichtigungsfähigen Kindern nach § 202a SGB V i.V.m. 55 Abs. 3 SGB XI**

Bitte vollständig ausfüllen und Zutreffendes ankreuzen ☒

**Allgemeine Angaben zur Person**

<b>Name</b>		Aktenzeichen
<b>Vorname</b>		<b>Sachbearbeiter</b>
<b>Sozialversicherungsnummer</b>	E-Mail-Adresse (freiwillige Angabe)	Telefon (freiwillige Angabe)

Ich besitze die Elterneigenschaft im Sinne des § 55 SGB XI für die nachfolgenden Kinder

**Ein Nachweis ist beigefügt.**

(Bitte listen Sie auch Kinder auf, die das 25. Lebensjahr bereits vollendet haben)

1.	Name	Geburtsdatum
	Vorname	<input type="checkbox"/> leibliches Kind <input type="checkbox"/> Pflegekind <input type="checkbox"/> Adoptivkind <input type="checkbox"/> Stiefkind
2.	Name	Geburtsdatum
	Vorname	<input type="checkbox"/> leibliches Kind <input type="checkbox"/> Pflegekind <input type="checkbox"/> Adoptivkind <input type="checkbox"/> Stiefkind
3.	Name	Geburtsdatum
	Vorname	<input type="checkbox"/> leibliches Kind <input type="checkbox"/> Pflegekind <input type="checkbox"/> Adoptivkind <input type="checkbox"/> Stiefkind
4.	Name	Geburtsdatum
	Vorname	<input type="checkbox"/> leibliches Kind <input type="checkbox"/> Pflegekind <input type="checkbox"/> Adoptivkind <input type="checkbox"/> Stiefkind
5.	Name	Geburtsdatum
	Vorname	<input type="checkbox"/> leibliches Kind <input type="checkbox"/> Pflegekind <input type="checkbox"/> Adoptivkind <input type="checkbox"/> Stiefkind

6.	Name	Geburtsdatum
	Vorname	<input type="checkbox"/> leibliches Kind <input type="checkbox"/> Pflegekind <input type="checkbox"/> Adoptivkind <input type="checkbox"/> Stiefkind
7.	Name	Geburtsdatum
	Vorname	<input type="checkbox"/> leibliches Kind <input type="checkbox"/> Pflegekind <input type="checkbox"/> Adoptivkind <input type="checkbox"/> Stiefkind
8.	Name	Geburtsdatum
	Vorname	<input type="checkbox"/> leibliches Kind <input type="checkbox"/> Pflegekind <input type="checkbox"/> Adoptivkind <input type="checkbox"/> Stiefkind
9.	Name	Geburtsdatum
	Vorname	<input type="checkbox"/> leibliches Kind <input type="checkbox"/> Pflegekind <input type="checkbox"/> Adoptivkind <input type="checkbox"/> Stiefkind
10.	Name	Geburtsdatum
	Vorname	<input type="checkbox"/> leibliches Kind <input type="checkbox"/> Pflegekind <input type="checkbox"/> Adoptivkind <input type="checkbox"/> Stiefkind

Ich versichere ausdrücklich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben.

Ich verpflichte mich, alle Veränderungen, die die Beantwortung vorstehender Fragen betreffen, unverzüglich mitzuteilen.

**Datenschutzrechtlicher Hinweis:** Die Erhebung Ihrer persönlichen Daten sowie deren weitere Verarbeitung erfolgt auf Grundlage des Art. 88 der Datenschutz-Grundverordnung ggf. in Verbindung mit § 12 Abs. 1 Niedersächsisches Datenschutzgesetz. Die Angaben sind erforderlich, um Ihre künftigen Bezüge in der zustehenden Höhe berechnen und zahlen zu können. Ergänzend verweise ich auf meine Hinweise zum Datenschutz im NLBV unter [www.nlbv.niedersachsen.de](http://www.nlbv.niedersachsen.de).

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------