

Personaldienststelle (Stempel), ggf. Aktenzeichen	Telefon-Nr.	Datum
--	--------------------	--------------

An die
Oberfinanzdirektion Niedersachsen
Landesweite Bezüge und Versorgungsstelle
OFD-LBV

Strukturausgleich - § 12 TVÜ-L -

Name, Vorname, Geburtsdatum d. Beschäftigten	Personalnummer (unbedingt angeben)
--	------------------------------------

1. **TVÜ-L Geltungsbereich:**
- Nein** (Der Vordruck ist nicht der OFD-LBV zuzusenden!)
- Ja** (Anspruch auf Strukturausgleich ist zu prüfen!)

2. **Ein Anspruch auf Strukturausgleich besteht:**
- Nein** (Der Vordruck ist nicht der OFD-LBV zuzusenden!)
- Ja** (Den Vordruck vollständig ausgefüllt an die OFD-LBV senden!)

3. **Zustehender Strukturausgleich (vgl. Anlage 3 Buchstabe A zum TVÜ-L):**

Entgelt- gruppe	Vergütungs- gruppe bei In- Kraft-Treten-TVÜ	Aufstieg	Ortszuschlag Stufe 1, 2	Lebensal- tersstufe	Höhe Aus- gleichsbetrag	Dauer
			bei In-Kraft-Treten TVÜ			

4. **Besonderheiten (z. B. Anwendung § 8 Abs. 1 TVÜ-L):**

5. **Aussage zur Ausschussfrist nach § 37 TV-L: Bitte unbedingt das Eingangsdatum des Antrages angeben!**

Unterschrift Personaldienststelle (Namen bitte in Druckschrift angeben)	Nur von der Bezügestelle auszufüllen!	
	Bezügestelle	
	Erfasst	Geprüft