

Dr. Ben K h u m a l o
- Pfarrer i.R. -

"KwaMachanca"
Alte Ziegelei 4

26197 HUNTLOSEN, den 30. August 1999
Tel 04487/75 02 85

An die
Gemeinsame Versorgungskasse
für Pfarrerinnen/Pfarrer und
Kirchenbeamtinnen/Kirchenbeamte
Postfach 10 41 62
44041 DORTMUND

°Ablichtung zur Information an:

- Konvent schwuler Pfarrer und lesbischer
Pfarrerinnen der Evangelischen Kirche im
Rheinland
- Schwul-lesbische Theologinnen-/Theologen-
gruppe in der Ev. Kirche von Westfalen
- Ökumenische Arbeitsgruppe Homosexuelle und
Kirche e.V.

Lebensform Partnerschaft
hier: Ergänzungsvorschlag

Sehr geehrte Damen und Herren,
hiermit bitte ich Sie, das derzeit verwendete Antragsformular auf Gewährung
einer Beihilfe (siehe Anlage) daraufhin zu ergänzen, daß nicht nur die Möglich-
keiten "ledig", "verheiratet", "verwitwet", "geschieden", und "getrennt lebend",
sondern auch "in Partnerschaft lebend" angeboten wird.

Wir schwule Pfarrer/Kirchenbeamte und lesbische Pfarrerinnen/Kirchenbeamtinnen,
für die keine der zum Ankreuzen angebotenen Möglichkeiten (mehr) zutrifft, weil
wir inzwischen nicht mehr "ledig", "verwitwet", "geschieden", sondern in einer
Partnerschaft leben, werden immer wieder genötigt, entweder keine oder - schlimmer
noch - eine der nicht mehr zutreffenden Angaben anzukreuzen. Das muß sich ändern:

Eine Ergänzung der anzukreuzenden Möglichkeiten um eine für uns in schwuler oder
lesbischer Gemeinschaft lebende Personen gültige Angabe halten wir für dringend
erforderlich. Dadurch würde insbesondere die Entscheidung unserer Kirchen (z.B.
der EKIR und der EKvW) zur "vorbehaltlosen Annahme" schwuler und lesbischer Mit-
menschen deutlicher zum Ausdruck kommen.

In der Hoffnung, bald von Ihnen zu hören, verbleibe ich
mit freundlichem Gruß

30.08.99

Antrag auf Gewährung einer Beihilfe

Bitte Zutreffendes ankreuzen <input checked="" type="checkbox"/> oder ausfüllen		Pers.-Nr. <u>541513</u>	
Name, Vorname des Antragstellers	Geburtsdatum	Vorname des Ehegatten/ <u>Lebenspartners</u>	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort			Telefon
Dienststelle bzw. letzte Dienststelle		Amtsbezeichnung/Vergütungsgruppe	seit wann Versorgungsempfänger
Familienstand/ <u>Lebensform</u> <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden <input checked="" type="checkbox"/> in Partnerschaft lebend seit <u> </u> <input type="checkbox"/> getrenntlebend			

**Gemeinsame Versorgungskasse
für Pfarrer und Kirchenbeamte
Postfach 10 41 62**

44041 Dortmund

Ich beantrage eine Beihilfe zu den in der Anlage aufgeführten und durch Belege nachgewiesenen Aufwendungen.

1.	Kinder (Bitte alle berücksichtigungsfähigen Kinder - § 2 Abs. 2 BhV/BVO - angeben, auch wenn für diese keine Aufwendungen entstanden sind.)	Geburtsdatum	Erhalten Sie oder Ihr Ehegatte für das Kind Kindergeld?	Falls nein, ist das Kind im Familien-/Ortszuschlag berücksichtigt oder berücksichtigungsfähig	Anspruchszeitraum 1)	Hat eine andere Person für das Kind Anspruch auf Beihilfe? Falls ja: Bitte die Originalbelege beifügen	Falls ja: Gehört das Kind zu ihrem Haushalt?	
	1.		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	2.		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	3.		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	4.		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
2.	Bitte ausfüllen: Sind oder waren Personen (A, E oder berücksichtigungsfähige Kinder), für die in diesem Antrag Aufwendungen geltend gemacht werden, im Zeitpunkt des Entstehens der Aufwendungen berufstätig, Empfänger von beamtenrechtlichen Versorgungsbezügen (außer von der VKPB), von Arbeitslosengeld oder -hilfe oder von Unterhaltsgeld nach dem Arbeitsförderungsgesetz?							
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein							
	Name dieser Person	Tätig als 2)	Zeitraum der Berufstätigkeit bzw. der Zahlung der vorgenannten Bezüge	Wöchentl. Arbeitszeit	Name und Anschrift des Arbeitgebers bzw. Angabe der Art der vorgenannten Bezüge	Falls beihilfefähig, selbst bitte ankreuzen		
3.	Antragsteller, Ehegatte und Kinder sind wie folgt gegen Krankheit versichert:							
a)	Personen (Reihenfolge der Kinder wie unter 1)	Nicht versichert	Privat versichert bei	In einer gesetzlichen Krankenversicherung			Zuschuß des Arbeitgebers zum Krankenversicherungsbeitrag nach § 257 SGB V	
				pfllichtversichert bei	freiwillig versichert bei	familien versichert bei	für die Zeit vom bis	Zuschuß im Antragsmonat DM
	1							
	Antragsteller (A)							
	Ehegatte (E)							
	Kind 1 (K 1)							
	Kind 2 (K 2)							
	Kind (K)							
b)	Bestehen Ansprüche auf Grund von sonstigen Rechtsvorschriften (z.B. Reichsversicherungsordnung, Angestelltenversicherungsgesetz, Reichsknappschaftsgesetz, Unfallfürsorgebestimmungen, Bundesentschädigungsgesetz, Bundesversorgungsgesetz oder von arbeitsvertraglichen Vereinbarungen zu den geltend gemachten Aufwendungen:							
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Angaben der Rechtsvorschrift, der Art und der Höhe der Leistung bzw. der zustehenden Leistung bitte auf besonderem Blatt							

- 1) Nur ausfüllen, wenn der Anspruch auf Kindergeld oder Berücksichtigung im Familien-Ortszuschlag im Zeitpunkt des Entstehens der Aufwendungen oder im Zeitpunkt der Antragstellung nicht bestand.
 2) Bitte hier eintragen: Beamten-, Ang.-, Arb.- oder sonstiges Anstellungsverhältnis.

Gemeinsame Versorgungskasse für Pfarrer und Kirchenbeamte

der Evangelischen Kirche im Rheinland,
der Evangelischen Kirche von Westfalen
und der Lippischen Landeskirche
- Anstalt des öffentlichen Rechts -

Herrn
Dr. Ben Khumalo
Alte Ziegelei 4

26197 Huntlosen

Auskunft erteilt:
Herr Mösch
Durchwahl: 0231 / 5776-175
Mös / Mly027 06.09.99

Personal-Nr.: 54 151 3

**Beihilfavorschriften der EV. Kirche im Rheinland
Ihr Ergänzungsvorschlag - Lebensform Partnerschaft**

Sehr geehrter Herr Dr. Khumalo,

mit Interesse haben wir Ihr Schreiben vom 30.08.1999 gelesen.

Gemäß § 13 Abs. 2 der Beihilfavorschriften der Ev. Kirche im Rheinland sind für Anträge und Festsetzungen von Beihilfen, die vom Landeskirchenamt vorgeschriebenen Formulare zu verwenden.

Die von Ihnen vorgeschlagene Ergänzung - Lebensform in Partnerschaft lebend - ist hiernach nicht vorgesehen, da sie für die Festsetzung und Gewährung nicht relevant ist.

Dennoch danken wir für die Anregung und verbleiben

mit freundlichen Grüßen

**VERSÖRGUNGSKASSE
für Pfarrer und Kirchenbeamte**

Schwanenwall 11
44135 Dortmund
☎ (0231) 57 76 - 0
Telefax (0231) 57 76 - 111

Postfach 10 41 62
44041 Dortmund

Kernarbeitszeit:
Mo. - Do 8.30 - 15.00 Uhr
Fr. 8.30 - 14.00 Uhr

urschriftlich weitergeleitet an:

Evangelische Kirche im Rheinland
- Das Landeskirchenamt -

mit der Bitte um wohlwollende Prüfung meines
Ergänzungsvorschlages
und mit freundlichem Gruß

Dr. Ben Khumalo, Pfr.i.R. 08.09.99

Bankverbindungen:
Bank für Kirche und Diakonie e.G.
Duisburg Nr. 101 112 9010
Bankleitzahl 350 601 90
Westdeutsche Landesbank
Dortmund Nr. 965 046
Bankleitzahl 440 500 00

Ev. Darlehensgenossenschaft e.G.
Münster Nr. 256 701
Bankleitzahl 400 601 04

Und? ...

Antrag auf Gewährung einer Beihilfe

Bitte Zutreffendes ankreuzen <input checked="" type="checkbox"/> oder ausfüllen		Pers.-Nr. <u>541513</u>	
Name, Vorname des Antragsstellers	Geburtsdatum	Vorname des Ehegatten/ Lebenspartners	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort			Telefon
Dienststelle bzw. letzte Dienststelle		Amtsbezeichnung/Vergütungsgruppe	seit wann Versorgungsempfänger
Familienstand/ Lebensform: <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden <input checked="" type="checkbox"/> in Partnerschaft lebend <input type="checkbox"/> getrenntlebend seit			

Gemeinsame Versorgungskasse
für Pfarrer und Kirchenbeamte
Postfach 10 41 62

44041 Dortmund

**X Ergänzungs-
vorschlag**
30.08.99

Ich beantrage eine Beihilfe zu den in der Anlage aufgeführten und durch Belege nachgewiesenen Aufwendungen.

1. Kinder (Bitte alle berücksichtigungsfähigen Kinder - § 2 Abs. 2 BfV/BVO - angeben, auch wenn für diese keine Aufwendungen entstanden sind.)	Geburtsdatum	Erhalten Sie oder Ihr Ehegatte für das Kind Kindergeld?	Falls nein, ist das Kind im Familien-/Ortszuschlag berücksichtigt oder berücksichtigungsfähig	Anspruchszeitraum 1)	Hat eine andere Person für das Kind Anspruch auf Beihilfe? Falls ja: Bitte die Originalbelege beifügen	Falls ja: Gehört das Kind zu ihrem Haushalt?
1.		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
2.		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
3.		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
4.		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

2. Bitte ausfüllen:
Sind oder waren Personen (A, E oder berücksichtigungsfähige Kinder), für die in diesem Antrag Aufwendungen geltend gemacht werden, im Zeitpunkt des Entstehens der Aufwendungen berufstätig, Empfänger von beamtenrechtlichen Versorgungsbezügen (außer von der VKPB), von Arbeitslosengeld oder -hilfe oder von Unterhaltsgeld nach dem Arbeitsförderungsgesetz?
 ja nein

Name dieser Person	Tätig als 2)	Zeitraum Berufstätigkeit bzw. der Zahlung vorgenannten Bezüge	der Wöchentl. Arbeitszeit	Name und Anschrift des Arbeitgebers bzw. Angabe der Art der vorgenannten Bezüge	Falls selbst beihilfefähig, bitte ankreuzen

3. Antragsteller, Ehegatte und Kinder sind wie folgt gegen Krankheit versichert:

a) Personen (Reihenfolge der Kinder wie unter 1)	Nicht versichert	Privat versichert bei	In einer gesetzlichen Krankenversicherung			Zuschuß des Arbeitgebers zum Krankenversicherungsbeitrag nach § 257 SGB V		
			pflichtversichert bei	freiwillig versichert bei	familien versichert bei	für die Zeit vom bis	Zuschuß im Antragsmonat DM	KV-Beitrag im Antragsmonat DM
1								
Antragsteller (A)								
Ehegatte (E)								
Kind 1 (K 1)								
Kind 2 (K 2)								
Kind (K)								

b) Bestehen Ansprüche auf Grund von sonstigen Rechtsvorschriften (z.B. Reichsversicherungsordnung, Angestelltenversicherungsgesetz, Reichsknappschaftsgesetz, Unfallfürsorgebestimmungen, Bundesentschädigungsgesetz, Bundesversorgungsgesetz oder von arbeitsvertragliche Vereinbarungen zu den geltend gemachten Aufwendungen:
 ja nein Angaben der Rechtsvorschrift, der Art und der Höhe der Leistung bzw. der zustehenden Leistung bitte auf besonderem Blatt

- Nur ausfüllen, wenn der Anspruch auf Kindergeld oder Berücksichtigung im Familien-Ortszuschlag im Zeitpunkt des Entstehens der Aufwendungen oder im Zeitpunkt der Antragstellung nicht bestand.
- Bitte hier eintragen: Beamten-, Ang.-, Arb.- oder sonstiges Anstellungsverhältnis. bei019

Mittlerweile [2017]:

