

Name:

Anschrift:

Vorname:

Landesamt für Finanzen

Gz: -
Geschäftszeichen bitte angeben!

Bezügestelle Versorgung
Postfach 19 02
92609 Weiden
GERMANY

Jahresbescheinigung

1 Erklärung du bénéficiaire

/ Declaration of the pension recipient / Déclaration

(Vertreter haben für
representative. / Etre rempli par le remplaçant.)

zu antworten / To be completed by the

- | |
|---|
| ☐ Mein Familienstand hat sich nicht geändert. / My marital status did not change. / Ma situation de famille n'a pas changé. |
| ☐ Mein Familienstand hat sich geändert. / My marital status has changed. / Ma situation de famille a changé. |
| ☐ Entsprechende Nachweise liegen bei. / Documents are attached. / Voie documents en annexe. |
| ☐ Entsprechende Nachweise werden nachgereicht. / I will hand in documents later. / Je fais parvenir les documents ultérieurement. |

Informationen zur Verarbeitung der Daten und zu den diesbezüglichen Rechten erhalten Sie unter www.lff.bayern.de/ds-info oder alternativ unter unserer Datenschutz-Telefonnummer 0931 4504-6770.

Ort, Datum / Place, date / Lieu, date

Unterschrift / Signature / signature

2 Amtliche Bescheinigung (Lebensbescheinigung)

Official Certificate (Life Certificate) / Certificat officiel (Certificat de vie)

Es wird bescheinigt, dass / This is to certify that / Il est certifié que

Name / surname / nom

Vorname / first name / prénom

Geburtsdatum / date of birth / date de naissance

Anschrift / address / adresse

Zur Person ausgewiesen durch: / Proof of identity: / Preuve d'identité produite:

- | | | |
|---|---|--------------------------|
| ☐ Reisepass / passport / passeport | ☐ Personalausweis / identification card / carte d'identité | ☐ |
|---|---|--------------------------|

Seriennummer / Identification Number / Numéro d'identification

Gültig bis / valid until / Date limite de validité

lebt und obenstehende Unterschrift selbst geleistet hat / is alive and has signed above personally / est en vie et a apposé sa signature susmentionnée.

Belege bitte nicht heften, klammern oder aufkleben.

Nur ausfüllen im Falle der Vertretung oder bei geistiger und körperlicher Behinderung : / Only to be completed if the pensioner is represented or mentally or physically handicapped: / Ne remplir qu'au cas où le bénéficiaire est remplacé ou handicapé mental ou physique:

Es wird bescheinigt, dass _____ lebt, unter der oben genannten Anschrift wohnt und _____

This is to certify that the pensioner is alive, lives at the above address and that _____

Il est certifié que le bénéficiaire est en vie, habite à l'adresse susmentionnée, et que _____

Name / surname / nom

Vorname / name / prénom

Beruf / occupation / profession

Anschrift / address / adresse

nach Ausweis der / is by / est, au vue de _____

☐ Bestallung / appointment / l'acte de nomination

☐ Vollmacht / power of attorney / la procuration

☐ der Vormund / the guardian / le tuteur

☐ _____ / the trustee / le curateur

_____ ist.

_____ hat die Unterschrift unter Nr. 1 selbst geleistet. /

of the pensioner. The trustee/the guardian has signed above (no. 1) personally. / du bénéficiaire. Le tuteur/le curateur a apposé sa signature susmentionnée (no. 1).

Ort, Datum / Place, date / Lieu, date

Dienstsiegel, Unterschrift und Amtsstellung _____ Bescheinigenden
Official stamp, signature and official rank of the person issuing the
certificate (see explanatory notes)
Cachet, signature et fonction de l'auteur du certificat (voir notes
explicatives)

3 Beglaubigung (Legalisation) durch die zuständige deutsche Auslandsvertretung (siehe Erläuterung)

Legalization by the competent German consular office (see explanatory notes)

Légalisation par la représentation compétante allemande à l'étranger (voir notes explicatives)

Ort, Datum / Place, date / Lieu, date

Dienstsiegel, Unterschrift und Amtsstellung des/der Beglaubigenden
Official stamp, signature and official rank
Cachet, signature et fonction