

An das
Landesamt für Besoldung und Versorgung

40192 Düsseldorf

Name:

Straße:

PLZ und Ort:

Ort und Datum

Personalnummer:

Antrag auf Ausgleich für abgeleistete Vorgriffsstunden

Sehr geehrte Damen und Herren,

xxxx hat in der Zeit vom _____ bis zum _____ eine Vorgriffsstunde nach § 4 VO zur Ausführung des § 5 Schulfinanzgesetz geleistet.

Für xxxx ist ein Ausgleich der Vorgriffsstunde zum Schuljahr 2009/2010 nicht möglich, da xxxx am (Datum) verstorben ist.

Auf Grundlage der Verordnung über den finanziellen Ausgleich von Vorgriffsstunden nach der Verordnung zur Ausführung des § 5 Schulfinanzgesetz (Ausgleichszahlungsverordnung Vorgriffstunde) beantrage ich als Erbe die Auszahlung der von xxxx geleisteten Vorgriffsstunden.

Mit freundlichen Grüßen

Unterschrift