

Übernahme von Bestattungskosten gemäß § 74 SGB XII

Eingangsvermerke

Eingangsdatum

Aktenzeichen

Hinweis: Um sachgerecht über Ihren Antrag entscheiden zu können, werden Informationen und Unterlagen benötigt. Sie werden deshalb gebeten, den Antrag sorgfältig auszufüllen. Die Richtigkeit der Angaben ist durch Unterschrift der jeweiligen Person oder ihres gesetzlichen Vertreters auf der letzten Seite zu bestätigen. Die Datenerhebung im Zusammenhang mit dem Antrag erfolgt nach § 67 a Abs. 2 Satz 1 SGB X. Die weitere Datenverarbeitung erfolgt nach § 67 b Abs. 1 SGB X. Ihre Verpflichtung zur Mitwirkungspflicht in diesem Verfahren ergibt sich aus § 60 Abs. 1 SGB I. Um Missbräuche zu vermeiden, werden Ihre Angaben teilweise mit Angaben, die Sie eventuell gegenüber anderen Leistungsträgern gemacht haben, automatisch verglichen (§ 118 SGB XII).

1. Persönliche Verhältnisse des Antragstellers / der Antragstellerin

| | Antragsteller(in) | Ehegatte(in) / Lebenspartner(in) |
|---|--|--|
| Name (Geburtsname) | | |
| Vorname(n) | | |
| Geburtsdatum | | |
| Geburtsort / Kreis / Land | | |
| Anschrift Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort, Telefon | | |
| Staatsangehörigkeit(en) | | |
| Familienstand | <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> verlebenspartnerschaftet | <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> verlebenspartnerschaftet |
| Eheschließung | am | am |
| Heiratsort | | |
| geschieden | am | am |
| Amtsgericht wurde eine Unterhaltsregelung vereinbart? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| Wenn ja, welche? | | |
| Ausweispapiere | Bezeichnung (z. B. Reisepass) | Bezeichnung (z. B. Reisepass) |
| | Nummer | Nummer |
| | Ausstellungstag | Ausstellungstag |
| | Ausstellungsbehörde | Ausstellungsbehörde |

2. Einkommen und Vermögen des Antragstellers / der Antragstellerin

| | Antragsteller(in) | Ehegatte(in) / Lebenspartner(in) |
|---------------------|-------------------|----------------------------------|
| Erwerbseinkommen | EUR | EUR |
| ALG I | EUR | EUR |
| ALG II | EUR | EUR |
| Elterngeld | EUR | EUR |
| Rente | EUR | EUR |
| Unterhalt | EUR | EUR |
| Kindergeld | EUR | EUR |
| Sozialhilfe | EUR | EUR |
| Sonstiges Einkommen | EUR | EUR |

| Vom Einkommen absetzbare Beträge | Antragsteller(in) | Ehegatte(in) / Lebenspartner(in) |
|---|-------------------|----------------------------------|
| Fahrtkosten zur Arbeitsstätte <small>Entfernung in km</small> | EUR | EUR |
| Hausratversicherung | EUR | EUR |
| Haftpflichtversicherung | EUR | EUR |
| Sonstige Versicherungen | EUR | EUR |
| Sonstiges | EUR | EUR |

| Vermögen | Antragsteller(in) | Ehegatte(in) / Lebenspartner(in) |
|---|-------------------|----------------------------------|
| Haus-/Wohneigentum | EUR | EUR |
| Kraftfahrzeug <small>Baujahr, Typ</small> | EUR | EUR |
| Sparguthaben | EUR | EUR |
| Bargeld | EUR | EUR |
| Fondanteile / Wertpapiere | EUR | EUR |
| Sonstige Kapitalanlagen (z. B. Bausparvertrag, Lebensversicherung) | EUR | EUR |

3. Angaben zur Wohnung (bitte Mietvertrag oder Mietbescheinigung vorlegen – bei Wohneigentum Hauslastenaufstellung)

| | | |
|---|---|---|
| Grundmiete / Hauslasten | EUR | |
| Art der Heizung | | |
| Heizkosten | EUR | |
| Betriebskosten | EUR | |
| Anzahl der im Haushalt lebenden Personen | | |
| Größe der Wohnung | m ² | |
| Wohngeld oder Lastenzuschuss wird bezogen | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | wenn ja: mtl. Betrag <input type="text"/> EUR |

4. Angaben zur/zum Verstorbenen

| | | | |
|--|---|---|--|
| Familienname, Vorname/n | | | |
| Geburtsdatum | | | |
| Geburtsort | | | |
| Sterbedatum | | | |
| Sterbeort | | | |
| Letzte Wohnanschrift | | | |
| Familienstand | | | |
| Staatsangehörigkeit | | | |
| Todesursache | <input type="checkbox"/> natürlicher Tod | <input type="checkbox"/> Tod durch Verkehrsunfall | <input type="checkbox"/> Tod durch Fremdeinwirkung |
| War der/die Verstorbene zum Todeszeitpunkt stationär untergebracht (Krankenhaus, Altenheim, Pflegeheim)? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | |
| | wenn ja, Name und Anschrift der Einrichtung | | |
| Wurde zuletzt Hilfe zum Lebensunterhalt oder Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung bezogen? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | |
| | wenn ja, von welcher Behörde? | | |
| Zuletzt bezogenes Einkommen | Art des Einkommens | | EUR |
| | | | EUR |
| Art und Wert des Nachlasses (z. B. Sparbuch, Bargeld, Wertpapiere, Aktien, Versicherungen, Immobilien, PKW oder andere Vermögenswerte) | Art | Wert | EUR |
| | | | EUR |
| | | | EUR |

5. Angehörige und mögliche Erben des/der Verstorbenen (z. B. Eltern, Kinder, Enkelkinder, Großeltern)

| | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---------------------------|---|---|---|---|
| Name | | | | |
| Vorname | | | | |
| Geburtsdatum | | | | |
| Geburtsort | | | | |
| Familienstand | | | | |
| Verwandtschaftsverhältnis | | | | |
| Straße und Hausnummer | | | | |
| PLZ und Wohnort | | | | |

6. Testament, Erbe, Erbschein, Versicherung

| | | |
|--|--|---------------------------|
| Wurde ein Testament hinterlassen? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | |
| Wurde ein Erbe ausgeschlagen? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | |
| Wurde ein Erbschein beantragt? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Datum | |
| Besteht eine Lebens-/Sterbeversicherung? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | |
| | Name des Versicherungsträgers | |
| | Versicherungsschein-Nr. | Versicherungssumme EUR |
| | Begünstigter | |

7. Durchführung der Bestattung

| | |
|---|---|
| Die Bestattung wurde vom Antragsteller veranlasst | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| Wenn nein, Name und Anschrift der verantwortlichen Person | |
| Werden von Dritten die Kosten der Bestattung ganz oder teilweise getragen? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| Wenn ja , Angabe der Stellen oder Personen, die die Kosten ganz oder teilweise mittragen | Kostenanteil _____ EUR |
| | Kostenanteil _____ EUR |

8. Bankverbindung des Antragstellers / der Antragstellerin

| | |
|--|------------------------|
| Ggf. zu gewährende Leistungen sollen auf das folgende Konto überwiesen werden: | Geldinstitut |
| | IBAN |
| | BIC |
| | Name des Kontoinhabers |

9. Besondere Begründung des Antrags

| |
|--|
| |
|--|

10. Hinweise und Erklärungen

Ich nehme zur Kenntnis, dass ich verpflichtet bin, jede Änderung der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse, die für die Hilfestellung maßgebend sind, sofort und unaufgefordert mitzuteilen.
Ich versichere, dass die gemachten Angaben wahr und zuverlässig sind. Mir ist bekannt, dass falsche Angaben zu einer strafrechtlichen Verfolgung wegen Betrugs führen können und dass zu Unrecht erhaltene Leistungen zurückzuerstatten sind.
Ich bestätige hiermit die Richtigkeit und Vollständigkeit aller gemachten Angaben.

| |
|------------|
| Ort, Datum |
|------------|

| |
|--------------|
| Unterschrift |
|--------------|