

# 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 <sup>2</sup>	
Wohngeld oder Lastenzuschuss wird bezogen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	wenn ja: mtl. Betrag 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	
<b>Wenn ja</b> , 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
--------------