

Soziale Sicherung

Fachdienst Allgemeine Soziale Hilfen Az.: _____

Fachdienst Besondere Soziale Hilfen Az.: _____



Antrag auf Übernahme der Bestattungskosten gem. § 74 SGB XII

Ich beantrage die Übernahme der Bestattungskosten für: (Verstorbene/r)

Name, Vorname: _____

zuletzt wohnhaft (Straße, PLZ, Ort): _____

geboren am: _____

verstorben am: _____ Sterbeort: _____

verheiratet ledig geschieden verwitwet

Der Tod trat infolge einer Gewalt- oder Straftat ein? ja nein

Der Tod trat infolge eines Unfalls mit Drittverschulden ein? ja nein

Höhe der Bestattungskosten (bitte Belege **im Original** beifügen) _____ €

Feuerbestattung Erdbestattung

Die Sterbeurkunde liegt bei. wird nachgereicht.

Beauftragtes Bestattungsunternehmen: _____

Weisen Sie bitte beim Bestattungsinstitut auf die Antragstellung beim Sozialamt hin!

1. Wirtschaftliche Verhältnisse der / des Verstorbenen

Die / Der Verstorbene hatte folgendes Einkommen:

Arbeitslosengeld II ja nein (wenn ja, bitte Bescheid beifügen)

Rente/n ja nein (wenn ja, bitte Bescheid/e beifügen)

Sozialhilfe ja nein (wenn ja, bitte Bescheid beifügen)

Leistungen nach AsylbLG ja nein (wenn ja, bitte Bescheid beifügen)

Erwerbseinkommen ja nein (wenn ja, bitte Nachweis/e beifügen)

sonstiges Einkommen ja nein (wenn ja, bitte Nachweis/e beifügen)

Legen Sie bitte die Kontoauszüge aller Konten des/der Verstorbenen der letzten drei Monate vor.

Verfügte der/die Verstorbene über Vermögen?

Bargeld, Bank-/Sparguthaben <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja:	angelegt bei: _____ aktueller Wert: _____
Wertpapiere <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja:	angelegt bei: _____ aktueller Wert: _____
Bausparvertrag <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja:	abgeschlossen bei: _____ Wert: _____ Vertrag-Nr.: _____
Lebensversicherung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja:	abgeschlossen bei: _____ Versicherungssumme: _____ Vertrag-Nr.: _____ aktueller Rückkaufswert: _____
Sterbegeldversicherung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja:	abgeschlossen bei: _____ Versicherungssumme: _____
Bestattungsvorsorgevertrag <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja:	abgeschlossen bei: _____ Summe: _____
Grundvermögen, Betriebsvermögen, landwirtschaftliches Vermögen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja:	Lage: _____ Einheitswert: _____ aktueller Verkaufswert: _____
Sonstiges Vermögen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja:	Art: _____ Wert: _____
Kraftfahrzeug <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja:	Fabrikat: _____ Baujahr: _____ Kilometerstand: _____ Wert: _____ (Kopie von Schein oder Brief vorlegen)
Schulden <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja:	Art: _____ Gläubiger: _____ Höhe: _____

Wurde vom Amtsgericht (Nachlassgericht) ein Nachlassverwalter eingesetzt?

ja nein

wenn ja, wer: _____

Ist ein Testament vorhanden?

ja nein

Wenn ja, bitte Kopie vorlegen.

2. Angaben zu den zur Bestattung verpflichteten Personen

Nacheinander sind verpflichtet:

- a) vertraglich Verpflichtete (z. B. Altenteilsvertrag, Schenkungsvertrag)
- b) der Vater eines nichtehelichen Kindes bei Tod der Mutter infolge der Schwangerschaft oder Entbindung (§1615m BGB)
- c) die Erben (§1968 BGB) bzw. Vermächtnisnehmer (§2147 BGB)
- d) die Unterhaltsverpflichteten nach den Bestimmungen des BGB
- e) die Angehörigen, die nach § 13 des Hessischen Gesetzes über das Friedhofs- und Bestattungswesen verpflichtet sind. **Angehörige im Sinne dieses Gesetzes sind der Ehegatte oder der Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz, Kinder, Eltern, Großeltern, Enkel und Geschwister, Adoptiveltern und -kinder.**

Bitte geben Sie nachfolgend die persönlichen Daten der Verpflichteten nach a) – e) an bzw. der Angehörigen (Kinder, Ehegatte/in, Eltern, Geschwister, Großeltern etc.):

Name, Vorname	Geburtsdatum/ Geburtsort	Anschrift	Stellung zum Verstorbenen	Beruf

3. Persönliche wirtschaftliche Verhältnisse des / der Verpflichteten (Antragsteller/in)

Wir weisen darauf hin, dass gem. § 19 Abs. 3 SGB XII im Rahmen der Prüfung der Übernahme von Bestattungskosten nach § 74 SGB XII das Einkommen und Vermögen der Eheleute / Lebenspartnerschaften zugrunde zu legen ist.

	Verpflichtete(r)	Ehegatte / Ehegattin / Lebensgefährte / Lebensgefährtin
Name und Geburtsname		
Vorname		
Geburtsdatum / Geburtsort		
Familienstand		
Anschrift		
Telefon		
Email		
Verwandtschaftsverhältnis zum / zur Verstorbenen		

Weitere Personen, die im Haushalt leben (Verwandte, Bekannte, Lebensgefährte/in, Kinder etc.)

Vor- und Zuname	Geburtsdatum	Familien- stand	Verwandtschafts- verhältnis	Einkommen netto € mtl.

Einkommen

(Bitte nach Art und Höhe angeben und Gehaltsabrechnungen/Renten- oder sonstige Bescheide in Kopie beifügen)

	Verpflichtete(r) (Antragsteller/in)	Ehegatte / Ehegattin Lebenspartner/in
Arbeitsverdienst netto	mtl.	mtl.
Arbeitslosengeld/-hilfe	wöchentl.	wöchentl.
Krankengeld	wöchentl.	wöchentl.
Rente / Pension	mtl.	mtl.
Unfallrente	mtl.	mtl.
Witwen-/Waisenrente	mtl.	mtl.
Werks- oder Betriebsrente	mtl.	mtl.
Kriegsopfer-/Ausgleichsrente	mtl.	mtl.
Unterhaltszuschuss	mtl.	mtl.
Kindergeld	mtl.	mtl.
Wohngeld / Lastenzuschuss	mtl.	mtl.
Grundsicherung	mtl.	mtl.
Sonstige Einkünfte (z. B. Miete, Pacht,)	mtl.	mtl.
Einkünfte von Selbständigen *	mtl. / jährl.	mtl. / jährl.

* Selbstständige bitte die Einkommenssteuer.-Bescheide, Bilanzen und G+V -Rechnungen beifügen!

Unterkunftskosten / monatlich

bei Mietwohnung	
Kaltmiete	€
Nebenkosten	€
Sonstiges	€

bei Eigentum	
Grundsteuer, Wasser, Müll	€
Heizkosten	€
Sonstiges	€

Versicherungsbeiträge / monatlich

priv. Krankenversicherung	€
priv. Pflegeversicherung	€
Haftpflichtversicherung	€

Hausratversicherung	€
Glasversicherung	€
priv. Rentenversicherung	€

Berufsbedingte Aufwendungen

	Verpflichtete/r	Ehegatte/in
Notwendige Aufwendungen für Fahrten zwischen Wohnung und Arbeitsstätte (falls öffentliche Verkehrsmittel genutzt werden)	€	€
Einfache km-Entfernung (sofern eigenes Kfz genutzt wird)	km	km
Beiträge zu Berufsverbänden (z. B. Gewerkschaft, Name des Verbandes) _____	€	€

Sonstige Schuldverpflichtungen (Verpflichtete/r / Antragsteller/in)

(z. B. Autokredit etc.) Bitte Fotokopien der Darlehensverträge und Kontoauszüge beifügen!

monatliche Abzahlungsrate €	Laufzeit	Grund der Darlehensaufnahme:

Sonstige besondere Belastungen

	mtl. €	Dauer	Begründung
bei Krankheit, Pflegebedürftigkeit			
für sonstige Zwecke			

Ich / Wir verfüge/n über folgendes Vermögen:

Bargeld, Bank-/Sparguthaben <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja:	angelegt bei: _____ aktueller Wert: _____
Wertpapiere <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja:	angelegt bei: _____ aktueller Wert: _____
Bausparvertrag <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja:	abgeschlossen bei: _____ Wert: _____ Vertrag-Nr.: _____
Lebensversicherung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja:	abgeschlossen bei: _____ Versicherungssumme: _____ Vertrag-Nr.: _____ aktueller Rückkaufswert: _____
Sterbegeldversicherung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja:	abgeschlossen bei: _____ Versicherungssumme: _____
Bestattungsvorsorgevertrag <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja:	abgeschlossen bei: _____ Summe: _____
Grundvermögen, Betriebsvermögen, landwirtschaftliches Vermögen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja:	Lage: _____ Einheitswert: _____ aktueller Verkaufswert: _____
Sonstiges Vermögen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja:	Art: _____ Wert: _____
Kraftfahrzeug <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja:	Fabrikat: _____ Baujahr: _____ Kilometerstand: _____ Wert: _____ (Kopie von Schein oder Brief vorlegen)

Legen Sie bitte die Kontoauszüge aller Konten der letzten drei Monate des/der Antragsteller/in vor.

4. Erbausschlagung zutreffendes bitte ankreuzen!

Haben Sie das Erbe des Verstorbenen bereits ausgeschlagen? Ja Nein
(wenn ja, Nachweis beifügen)

Wollen Sie das Erbe des Verstorbenen noch ausgeschlagen? Ja Nein
(wenn ja, Nachweis nachreichen)

Ich / Wir bin / sind damit einverstanden, dass ein eventuell zu leistender Bestattungskostenzuschuss direkt an den Bestatter bzw. die Rechnungssteller ausgezahlt wird.

Ich / Wir versichere/n, dass die gemachten Angaben in allen Teilen vollständig sind und der Wahrheit entsprechen. Mit / Uns ist bekannt, dass ich mich/wir uns durch unvollständige Angaben strafbar mache/n und zu Unrecht bezogene Leistungen ersetzen muss / müssen.

Mir / Uns ist bekannt, dass ich / wir zur Mitwirkung (vor allem beim vollständigen Ausfüllen dieses Antrages und der Vorlage der erforderlichen Nachweise) verpflichtet bin / sind und der Antrag ganz oder teilweise abgelehnt werden kann, wenn ich / wir meiner / unserer Mitwirkungspflicht nicht nachkomme/n.

Ich kann mich freiwillig mit einem Betrag von _____ € an den Bestattungskosten beteiligen.

Ich kann mich nicht an den Bestattungskosten beteiligen.

Bitte füllen Sie alle Rubriken aus (evtl. auch mit einem Schrägstrich)!
Bitte belegen Sie alle Angaben durch die neuesten Nachweise!
Es können nur Belastungen berücksichtigt werden,
die durch Belege nachgewiesen sind!

!!! WICHTIG !!!

Alle Rechnungen sind uns im Original zu übersenden.
Die Einzelrechnungen des Bestatters über die verauslagten Gebühren
können in Kopie beigelegt werden.

Ort, Datum

Unterschrift des/der Antragsteller/in