

Antrag auf Übernahme von Bestattungskosten nach § 74 Sozialgesetzbuch Teil XII (SGB XII)

Eingang:

Aktenzeichen:

Bestattungskosten Sonstige Hilfen in Verbindung mit der Bestattung

Hinweis:
 Um sachgerecht über Ihren Antrag auf Leistungen entscheiden zu können, werden von Ihnen Informationen und Unterlagen über Sie und zum Teil auch Ihre Haushaltsangehörigen benötigt. Sie werden deshalb gebeten, den Antrag sorgfältig auszufüllen.
 Bitte beachten Sie die Erläuterungen und vergessen Sie nicht, den Antrag zu unterschreiben.
 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 § 67a Abs. 2 Satz 1 Sozialgesetzbuch-Zehntes Buch (SGB X).
 Die weitere Datenverarbeitung erfolgt nach § 67b Abs. 1 SGB X.
 Ihre Verpflichtung zur Mitwirkung in diesem Verfahren ergibt sich aus § 60 Abs. 1 Sozialgesetzbuch-Erstes Buch (SGB I). Sofern Sie dieser Obliegenheit nicht nachkommen, kann die beantragte Sozialleistung ganz oder teilweise wegen fehlender Mitwirkung versagt werden.

1. Angaben zu den persönlichen Verhältnissen Bei mehr als zwei Personen bitte auf gesondertem Blatt ergänzen!	1. Person	2. Person
	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
	Antragsteller(in) 1	<input type="checkbox"/> Ehegatte (nicht getrennt lebend) <input type="checkbox"/> Lebenspartner(in) (nicht getrennt lebend) <input type="checkbox"/> Partner(in) in eheähnlicher Gemeinschaft
Familienname, auch Geburtsname, Vorname		
Anschrift Straße, Haus-Nr., PLZ, Or		
Telefon (Angabe freiwillig)		
Geburtsdatum und -ort		
Verwandschaftsverhältnis zur verstorbenen Person		
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> verw. <input type="checkbox"/> getr.-leb. <input type="checkbox"/> gesch. seit	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> verw. <input type="checkbox"/> getr.-leb. <input type="checkbox"/> gesch. seit
Wer trägt die überwiegenden Kosten des Haushalts? (Stellung als Haushaltsvorstand)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Staatsangehörigkeit, bei Ausländern Aufenthaltsstatus.		
Betreuer(in) mit Anschrift (Kopie der Bestellungsurkunde beifügen)		
Voll erwerbsgemindert ohne Rentenbezug, weil		
Leben Sie in einer stationären Einrichtung (z.B. Heim, Krankenhaus)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Haben Sie bereits Leistungen vom Amt für Soziale Arbeit Wiesbaden erhalten?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja falls ja: von wem? bis wann?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja falls ja: von wem? bis wann?

Angaben zu weiteren Verpflichteten	1. Person	2. Person
	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
	Verpflichtete (r)	<input type="checkbox"/> Ehegatte (nicht getrennt lebend) <input type="checkbox"/> Lebenspartner(in) (nicht getrennt lebend) <input type="checkbox"/> Partner(in) in eheähnlicher Gemeinschaft
Familienname, auch Geburtsname, Vorname		
Anschrift Straße, Haus-Nr., PLZ, Or		
Telefon (Angabe freiwillig)		
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> verw. <input type="checkbox"/> getr.-leb. <input type="checkbox"/> gesch. seit	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> verw. <input type="checkbox"/> getr.-leb. <input type="checkbox"/> gesch. seit

Antrag auf Übernahme von Bestattungskosten

2. Fragen zur Bedarfsfeststellung: Bitte alle Beträge in EUR angeben!

2.1 Monatliche Kosten der Unterkunft - Nur auszufüllen von Personen, die nicht in einer stationären Einrichtung leben! -

Zahl der Personen in der Wohnung:	Person(en)	
Sofern nicht auf Seite 1 angegeben Name, Vorname, Geburtsdatum und Stellung zum / zur Antragsteller(in)		
Wohnfläche:	m ²	Baujahr des Hauses:
Gesamtkosten der Unterkunft (ohne Heizkosten!):		
Davon Grundmiete:		
Nebenkosten (ohne Heizkosten):		
Enthalten die oben genannten Beträge - Kosten für Haushaltsstrom?		
- Kosten für Warmwasserbereitung?		

Höhe der Einnahmen aus Untervermietung:	EUR	<input type="checkbox"/> möbliertes Zimmer	<input type="checkbox"/> möblierte Wohnung	<input type="checkbox"/> Leerzimmer
---	-----	--	--	-------------------------------------

2.3 Haus-/Wohnungseigentum

Soweit Sie Haus-/Wohnungseigentum selbst bewohnen, ist eine Aufstellung über die Kosten und Belastungen vorzulegen und nachzuweisen!
--

2.4 Kranken- / Pflegeversicherung (Bitte Nachweise beifügen, bei privater Versicherung unbedingt Leistungsumfang darlegen!)

Höhe des mtl. Beitrags		
Gibt es Beitragsrückstände?		

3. Einkommen (Bitte ggf. Einkommensnachweise der letzten 12 Monate beifügen!)

z.B. Steuerbescheid, Rentenbescheid, Kindergeldbescheid, Gehaltsbescheinigung für 12 Monate)

	1. Person	2. Person
Kein Einkommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Einkommen	Mtl. Betrag <small>Nicht monatliche Betrags- angabe bitte kennzeichnen</small>	Zahlung beantragt am, Aktenzeichen, Stand des Verfahrens	Mtl. Betrag <small>Nicht monatliche Betrags angabe bitte kennzeichnen!</small>	Zahlung beantragt am, Aktenzeichen, Stand des Verfahrens
Nichtselbstständige Tätigkeit (z.B. Erwerbseinkommen, Ausbildungsvergütung, Entgelt der WfbM)				
Leistung der Krankenkasse (einschl. Arbeitgeberzuschuss)				
Selbstständige Tätigkeit				
Vermietung und Verpachtung (Untermiete bei 3.1 angeben!)				
Wohngeld / Lastenzuschuss				
Renten / Pensionen (z.B. Rente wg. Erwerbsminde- rung, Alter, Unfall, landwirtsch. Altersgeld, Witwen- oder Waisenrente, Kinderzu- schuss/-zulage, Pflegegeld zur Rente, Werksrente, Betriebs- rente o.ä.)				
Leistungen der Grundsicherung für Arbeitsuchende (SGB II)				
Leistungen der Arbeitsförde- rung (SGB III, z.B. Arbeitslo- sengeld, Eingliederungshilfe, Berufsausbildungsbeihilfe)				
Leistungen für Kinder (z.B. Kindergeld, Kinderzuschlag) Wird das Kindergeld an das Kind weitergegeben?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Ausbildungsförderung				
Unterhalt				
Privatrechtliche geldwerte Ansprüche (z.B. Beköstigung, Wohnrecht, Taschengeld, Leibrente, Pflegegeld)				
Sonstige Einkünfte 1(z.B. Zins- einnahmen, Betriebskostengut- haben, sonst. Sozialleistungen)				

Antrag auf Übernahme von Bestattungskosten

4. Vom Einkommen evtl. absetzbare Beträge (soweit nicht bereits unter Ziff. 3 berücksichtigt) (Bitte Nachweise beifügen!)

Keine absetzbaren Beträge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausgaben	Mtl. Betrag	Mtl. Betrag
Haftpflichtversicherung		
Hausratversicherung		
Altersvorsorgebeiträge		
Sterbeversicherung		
Aufwendungen für Arbeitsmittel		
Beiträge für Berufsverbände oder ähnliche Einrichtungen		
Entfernung zwischen Wohnung und Arbeitsstelle	km	km
Kosten öffentl. Verkehrsmittel		
bei Nutzung eines Kfz.	<input type="checkbox"/> PKW <input type="checkbox"/> Motorrad <input type="checkbox"/> Mofa	<input type="checkbox"/> PKW <input type="checkbox"/> Motorrad <input type="checkbox"/> Mofa

5. Bargeld, Guthaben (z.B. Spar- und Girokonten) und sonstiges Vermögen

	1. Person	2. Person
Kein Vermögen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vermögenswerte vorhanden (Bitte Nachweise beifügen!)

Art des Vermögens	Belegter Vermögenswert	Geschätzter Vermögenswert	Belegter Vermögenswert	Geschätzter Vermögenswert
Bargeld				
Bank- / Sparguthaben (einschl. vermögenswirks. Leistungen)				
Wertpapiere / Aktien				
Lebensversicherungen (aktueller Rückkaufwert inkl. Überschussanteil nachweisen). Wer ist der Begünstigte im Todesfall?				
Immobilie				
Sonstiger Grundbesitz				
Kraftfahrzeug(e)				
Staatlich geförderte private Altersvorsorge (Riester-Rente)				
Ansprüche aus Übertragungsverträgen (z.B. Wohnrecht, Nießbrauch, Altenteilsrechte)				
Sonstige Forderungen oder Ansprüche gegen Dritte				
Bausparverträge				
Sterbeversicherung				
Sonstiges Vermögen				

6. Evtl. zu gewährende Geldleistungen bitte ich wie folgt zu zahlen:

Konto-Nr., Bankleitzahl, Name und Sitz des Geldinstituts, Name und Vorname des Kontoinhabers
--

Antrag auf Übernahme von Bestattungskosten

Antragsbegründung

Ich / wir beantragen die Übernahme der Bestattungskosten für:

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Geburtsort:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Wohnort:

Verstorben am (bitte Sterbeurkunde in Kopie beilegen):

Sterbeort:

Der Tod trat infolge einer Gewalt – oder Straftat ein?	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
Der Tod trat infolge eines Unfalls mit Drittverschulden ein?	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
Wurde eine der beiden Fragen mit „Ja“ beantwortet, bitte nähere Angaben zum Hergang und ggfls. zum Täter bzw. zum Schadenersatzpflichtigen:				

Folgende Leistungen wurden / werden aus Anlass des Todes bei vorrangig Verpflichteten beantragt:				
- Sterbegeld der Gewerkschaft	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
- Sterbegeld aufgrund es Bezuges einer Kriegsschadensrente (§ 292 b Lastenausgleichsgesetz)	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
- Bestattungsgeld aufgrund des Bezuges einer Rente nach dem Bundesversorgungsgesetz (§ 36)	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
- aus einer gesetzlichen Unfallversicherung	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
- der Unterhaltssicherungsbehörde bei der Bestattung Wehrpflichtiger	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
- Lebens-/ Sterbeversicherung des Verstorbenen	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein

Falls bereits Bestattungskosten verauslagt wurden, in welcher Höhe? _____ EUR

Beauftragtes Bestattungsinstitut? _____

Dem Bestattungsinstitut darf Auskunft über den Sachstand des Kostenübernahmeverfahrens erteilt werden? ja nein

Antrag auf Übernahme von Bestattungskosten

Erklärung

Den Antrag auf Leistungen nach dem SGB XII mit seinen Anlagen habe ich wahrheitsgemäß ausgefüllt. Die Angaben zu den anderen Personen habe ich nach bestem Wissen ausgefüllt.

- Es besteht noch Informationsbedarf und es wird um ein Informationsgespräch gebeten.
- Ich bevollmächtige meine(n) Ehegatten / Ehegattin / Lebenspartner bzw. Partner(in) der eheähnlichen Gemeinschaft zur Entgegennahme von Verwaltungsakten und entsprechenden Geldleistungen.
- Ich wünsche die Kontaktaufnahme zur Altenberatungsstelle. Ich bin unter der Telefonnummer _____ erreichbar.
- Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten, die bei der Grundsicherung für Arbeitsuchende erfasst wurden, für Zwecke der Sozialhilfegewährung weitergegeben werden.

Datum

1. Person	Unterschrift
-----------	--------------

Datum

2. Person	Unterschrift
-----------	--------------

Datum

	Unterschrift Sachbearbeitung
--	------------------------------