

2. Einkommen und Vermögen des Antragstellers/ der Antragstellerin		
Sämtliche Einkünfte sind anzugeben und mit Nachweisen zu belegen.		
	Antragsteller(in)	Ehegatte(in)/ Lebenspartner(in)
Erwerbseinkommen	EUR	EUR
ALG I	EUR	EUR
ALG II	EUR	EUR
Elterngeld	EUR	EUR
Rente (Bitte näher bezeichnen)	EUR	EUR
Unterhalt/ Unterhaltsvorschuss	EUR	EUR
Kindergeld/ Kinderzuschlag	EUR	EUR
Krankengeld/ Mutterschaftsgeld	EUR	EUR
Sozialhilfe/ Grundsicherung	EUR	EUR
Wohngeld	EUR	EUR
BAföG	EUR	EUR
Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung	EUR	EUR
Sonstiges Einkommen (Bitte näher bezeichnen)	EUR	EUR

Vom Einkommen absetzbare Beträge	Antragsteller(in)	Ehegatte(in)/ Lebenspartner(in)
konkrete Fahrtkosten zur Arbeitsstätte (Fahrkarte) oder einfache Entfernung zw. Wohnort und Arbeitsstätte	EUR	EUR
	KM	KM
Hausratversicherung	EUR	EUR
a) KFZ-Haftpflichtversicherung (nur Teilkasko)	EUR	EUR
b) Haftpflichtversicherung	EUR	
Sonstige Versicherungen	EUR	EUR
	EUR	EUR

3. Wohnung und monatliche Miet- und Mietnebenkosten des Antragstellers/ der Antragstellerin			
Monatliche Belastung bei Mietwohnung		Monatliche Belastung bei Wohneigentum	
Grundmiete ohne Heizung	EUR	Schuldzinsen (ohne Tilgung)	EUR
Heizungskosten	EUR	Grundsteuer B	EUR
Nebenkosten ohne Heizung	EUR	Gebäudeversicherung	EUR
Sonstige Unterkunftskosten:	EUR	Abfallgebühren	EUR
		Wasser-/Abwasserkosten	EUR
Sonstige Unterkunftskosten:	EUR	Schornsteinfegergebühren	EUR

3.1 Kinder die im Haushalt leben und weitere Haushaltsangehörige			
Name, Vorname	Geburtsdatum	Verwandtschafts-Verhältnis	Von mir/uns überwiegend unterhalten
			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

4. Angaben zur/ zum Verstorbenen	
Familienname	
Geburtsname	
Vorname	
Geburtsdatum und Geburtsort	
Sterbedatum und Sterbeort	
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getr. lebend <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> eingetr. Lebenspartnerschaft
Staatsangehörigkeit	
Letzte Wohnanschrift	
Letzter gerichtlich bestellter Betreuer/ Vollmachtnehmer (Name, Anschrift, Telefon)	

Todesursache	natürlicher Tod <input type="checkbox"/> Tod durch Verkehrsunfall <input type="checkbox"/> Tod durch Fremdeinwirkung <input type="checkbox"/> sonstige Todesursache <input type="checkbox"/>						
War der/ die Verstorbene zum Todeszeitpunkt stationär untergebracht (Krankenhaus, Altenheim, Pflegeheim)?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> wenn ja, Name und Anschrift der Einrichtung						
Wurden die Kosten für die stationäre Unterbringung vom Sozialamt getragen?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> wenn ja, von welchem Sozialamt?						
Wurden zuletzt Hilfe zum Lebensunterhalt oder Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung bezogen?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> wenn ja, von welcher Behörde?						
Zuletzt bezogenes Einkommen	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%;">Art des Einkommens</td> <td style="background-color: #d3d3d3;"></td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td style="text-align: right;">EUR</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td style="text-align: right;">EUR</td> </tr> </table>	Art des Einkommens			EUR		EUR
Art des Einkommens							
	EUR						
	EUR						

4.1 Nachlass der/ des Verstorbenen	
Girokonto	
Bargeld	
Sparguthaben	
Fondanteile/ Wertpapier	
Sonstige Kapitalanlagen	
Schmuck, Kunstgegenstände (Bitte näher bezeichnen)	
Haus-/ Wohneigentum	
Grundbesitz oder Anteile daran	
Kraftfahrzeug (Bitte Zulassungsbescheinigung Teil 1 vorlegen und aktuelle Kilometerlaufleistung angeben)	_____ EUR (geschätzter Wert) Baujahr: _____ KM-Stand: _____

Der/ die Verstorbene hat in den letzten 10 Jahren vor dem Todestag folgendes Vermögen (z.B. Barvermögen, Wertpapiere, Haus-, Grundbesitz, etc.)	veräußert <input type="checkbox"/> übertragen <input type="checkbox"/> verschenkt <input type="checkbox"/> Vermögensgegenstand: (geschätzter Wert)
Krankenhaustagegeldversicherung	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Sterbegeldversicherung	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Kapitallebensversicherung	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

5. Mögliche Erben und Angehörige des/der Verstorbenen			
Erbe/Verw.-verhältnis	Name, Vorname	Anschrift (PLZ, Ort, Str. Haus-Nr.)	Wurde das Erbe ausgeschlagen?
			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, <input type="checkbox"/> nicht bekannt
			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, <input type="checkbox"/> nicht bekannt
			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, <input type="checkbox"/> nicht bekannt
Existiert ein Testament/Vermächtnis?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nicht bekannt
Wurde ein Nachlassverwalter eingesetzt?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nicht bekannt
Wenn ja , Name und Anschrift des Nachlassverwalter:			
Ein Erbschein wurde beantragt bzw. ausgestellt		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nicht bekannt
Wenn ja , Erbschein vom:		Datum:	Amtsgericht:

6. Durchführung der Bestattung	
Die Bestattung wurde vom Antragsteller veranlasst	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn nein , Name und Anschrift der verantwortlichen Person	
Werden von Dritten die Kosten der Bestattung ganz oder teilweise getragen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja , Angabe der Stellen oder Personen, die die Kosten ganz oder teilweise mittragen	Kosten (aufgeschlüsselt): <div style="text-align: right;">EUR</div> <div style="text-align: right;">EUR</div> <div style="text-align: right;">EUR</div>

7. Besondere Mitteilung oder Hinweise des/der Antragstellers/in zum Antrag

Erklärung des/der Antragsteller(s)/in

Ich/Wir beantrage/n die Gewährung der Übernahme von Bestattungskosten nach SGB XII. Ich/Wir versichere/versichern, dass die Angaben in diesem Antrag voll der Wahrheit entsprechen und das keine Angaben verschwiegen wurden. Es ist mir/uns bekannt, dass ich mich/wir uns durch unwahre oder unvollständige Angaben strafbar mache/n und zu Unrecht bezogene Leistungen zurückzahlen muss/müssen.

Die Richtigkeit der Angaben ist durch Unterschrift der jeweiligen Person oder ihres gesetzlichen Vertreters zu bestätigen. Die Datenerhebung im Zusammenhang mit dem Antrag erfolgt nach § 67a Abs. 2 Satz 1 SGB X. Die weitere Datenverarbeitung erfolgt nach § 67b Abs. 1 SGB X. Ihre Verpflichtung zur Mitwirkungspflicht in diesem Verfahren ergibt sich aus § 60 Abs. 1 SGB I. Eine Folge könnte sein, die Hilfe zu versagen. Fehlende Mitwirkung heißt, dass die Aufklärung des Sachverhaltes erschwert wird, Unterlagen nicht beigebracht oder nicht genügend Selbsthilfe erkennbar ist. Um Missbräuche zu vermeiden, werden Ihre Angaben teilweise mit Angaben, die Sie eventuell gegenüber anderen Leistungsträgern gemacht haben, automatisch verglichen (§ 118 SGB XII). In diesem Zusammenhang wird darauf hingewiesen, dass Sozialleistungsbetrug ein Straftatbestand nach § 263 Strafgesetzbuch darstellt, der zur Anzeige gebracht wird.

Bankverbindung für einen evtl. zu leistenden Bestattungskostenzuschuss

auf das nachstehende Konto

Kontoinhaber: _____

IBAN: _____

Kreditinstitut: _____

BIC: _____

zu überweisen

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller

Das beigelegte Merkblatt habe ich gelesen und inhaltlich verstanden.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller

Anlagen:

- Merkblatt

- Erklärung über Vermögen