

An den

Landkreis Havelland
 Sozialamt, SG 50.03.
 Platz der Freiheit 1
 14712 Rathenow

Antragseingang
**Antrag auf Übernahme von Bestattungskosten
 Gemäß § 74 Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch (SGB XII)**

Name der/des Verstorbenen:	Geburtsdatum der/des Verstorbenen:	Sterbedatum der/des Verstorbenen
	Geburtsort:	Sterbeort:

→ Bitte Sterbeurkunde vorlegen!

I. Angaben zur/zum Antragsteller(in) und deren/dessen Ehepartner(in)/Partner(in) in eheähnlicher Gemeinschaft

	Antragsteller(in)	Lebens-/Ehepartner(in)
Name, Vorname		
Geburtsdatum		
Wohnanschrift		
Familienstand		
Verwandtschaftsverhältnis zur/zum Verstorbenen		
Telefonnummer für Rückfragen		

1. Einkommen (alle Angaben in €)

Rente		
ALG/ALG II		
Erziehungsgeld		
Erwerbseinkommen		
BAföG/BAB		
Unterhalt/Unterhaltsvorschuss		
Krankengeld		
Kindergeld		
Hilfe zum Lebensunterhalt		
Grundsicherung im Alter bzw. bei Erwerbsminderung		
Wohngeld		
Einkommen aus Vermietung und Verpachtung		
Sonstiges (bitte näher bezeichnen)		

2. Vermögen (alle Angaben in €)

	Antragsteller(in)	Lebens-/Ehepartner(in)
Haus- und Wohneigentum		
Grundstücke		
Kraftfahrzeug (Baujahr und Typ)		
Sparguthaben		
Bargeld/Girokontoguthaben		
Bausparguthaben		
Rückkaufswert/Lebensversicherung		
Wertpapiere/Aktien/Fondanteile		
Sonstige Kapitalanlagen		

3. Monatliche Wohnkosten (Mietvertrag im Original vorlegen)

Zahl der Personen in der Wohnung		
Grundmiete		_____ €
Betriebskosten (ohne Heizung)		_____ €
Heizkosten/Art der Heizung:		_____ €
Sind in den Heizkosten - Kosten für Warmwasserbereitung oder - Kochfeuerung enthalten?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Welche?
Monatliche Belastung bei Wohneigentum		Kosten pro Monat
Schuldzinsen (ohne Tilgung)		_____ €
Grundsteuer B		_____ €
Gebäudeversicherung		_____ €
Müllgebühren		_____ €
Wasser-/Abwasserkosten		_____ €
Schornsteinfegergebühren		_____ €
Straßenreinigungsgebühren		_____ €
Sonstige		_____ €
		_____ €
		_____ €
		_____ €
		_____ €
- Bitte alles belegen! -		
Gesamtkosten		_____ €

4. Eigenheimzulage

Eigenheimzulage	_____ €	
-----------------	---------	--

5. Monatliche Belastungen/Versicherungen (Nachweise einreichen)

	Antragsteller(in)	Lebens-/Ehepartner(in)
Unterhaltsverpflichtungen		
Hausratsversicherung		
Haftpflichtversicherung		
Sonstige Belastungen (bitte näher bezeichnen)		
- Bitte alles belegen! -		
Gesamtkosten		

II. Angaben zur/zum Verstorbenen

Name, Vorname(n)			
Todesursache			
<input type="checkbox"/> natürlicher Tod <input type="checkbox"/> Tod durch Verkehrsunfall; Verursacher (Name, Vorname, Anschrift): _____ _____ <input type="checkbox"/> Tod durch Fremdeinwirkung; Verursacher (Name, Vorname, Anschrift): _____ _____ _____			
Geburtsdatum	Geburtsort	Sterbedatum	Sterbeort
Letzte Anschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Wohnort)			
Stationäre Unterbringung			
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, von _____ bis _____			
Wurde Sozialhilfe bezogen?			
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, zuletzt bis zu welchem Zeitpunkt und von welchem Sozialamt? bis: _____ Sozialamt _____			
Zuletzt bezogenes Einkommen		Art des Einkommens	Höhe des Einkommens

Vermögen	Art des Vermögens	Höhe des Vermögens
Wurde ein Testament hinterlassen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> noch nicht bekannt Wurde das Erbe ausgeschlagen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wurde ein Erbschein beantragt? <input type="checkbox"/> ja (wann? _____) <input type="checkbox"/> nein	Bargeldbestand (z.B. Sparbuch, Wertpapiere, Aktien u.ä.)	
	Sonstiges Vermögen (Art angeben)	
	Versicherungsleistungen (z.B. Lebensversicherung, Sterbeversicherung, Unfallversicherung)	
	Wert des Nachlasses (z.B. Immobilien, Gemälde, Münz-/Briefmarkensammlung, PKW u.ä.)	
	Sonstiges (bitte näher bezeichnen)	

Kinder und weitere Haushaltsangehörige der/des Antragsteller(in)s

Name, Vorname	Geburtsdatum	Verwandschafts-oder sonstiges Verhältnis zur/zum Antragsteller(in)	wohnhaft im Haushalt der/des Antragsteller(in)s?	vom/von Antragsteller(in)/Ehe- oder Lebenspartner(in) finanziell 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
			<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
			<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
			<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

Besondere Begründung des Antrages

[Empty rectangular box for providing the special justification of the application]

**Mögliche Erben und Angehörige der/des Verstorbenen(Ehegatte, Kinder, Eltern
Geschwister, Enkelkinder, Großeltern, Partner aus eheähnlicher Lebensgemeinschaft)**

Name, Vorname	Geburts- datum	Anschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Wohnort)	Verwandtschaftsverhältnis zur/zum Verstorbenen

Besondere Mitteilung oder Hinweise der/des Antragsteller(in)s zum Antrag

Erklärung der Antragstellerin/des Antragstellers

Ich/Wir beantrage(n) die Gewährung der Übernahme von Bestattungskosten nach § 74 SGB XII.

Ich/Wir versichere/versichern, dass die Angaben in diesem Antrag voll der Wahrheit entsprechen und dass 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. Auf meine/unsere Mitwirkungspflicht und die Folge fehlender Mitwirkung (§ 60 ff SGB I) bin ich/sind wir hingewiesen worden. Eine Folge könnte sein, die Hilfe zu versagen. Fehlende Mitwirkung heißt, dass die Aufklärung des Sachverhalts erschwert wird, Unterlagen nicht beigebracht oder nicht genügend Selbsthilfe erkennbar ist.

Ich/Wir erkläre(n) hiermit mein/unser Einverständnis, dass das Sozialamt des Landkreises Havelland bewilligte Leistungen für die Übernahme der Kosten der Bestattung direkt an Bestattungsinstitute und Friedhofsverwaltungen auszahlt.

Hinweis: Die Datenerhebung für diesen Antrag erfolgt gem. § 67 a Abs. 2 S. 1 SGB X. Die weitere Datenverarbeitung richtet sich nach den Vorschriften des § 67 b Abs. 1 SGB X.

Ort, Datum	Unterschrift Antragsteller(in)	Unterschrift Ehe-/Lebenspartner(in)
------------	--------------------------------	-------------------------------------