

Antrag auf Übernahme der Bestattungskosten

Für die/den Verstorbene(n) _____

beantrage ich die Übernahme der Bestattungskosten.

Verhältnis zur/zum Verstorbenen: _____

Eingangsstempel

Angaben zum Antragsteller

Ausgabe am:

I. Persönliche Verhältnisse

	Antragsteller(in)	Ehegatte/Lebenspartner/Partner der eheähnlichen Gemeinschaft
Familienname (ggf. Geburtsname angeben)		
Vorname(n)		
Geburtsdatum		
Geburtsort/Kreis		
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> eingetragene Lebensgemeinschaft	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> eingetragene Lebensgemeinschaft
wenn geschieden: Gericht, Datum und Aktenzeichen des Urteils		
Staatsangehörigkeit Aufenthaltsrechtlicher Status		
Wohnanschrift: PLZ, Ort		
Straße, Haus-Nr.		
Telefon (Angabe freiwillig)		
Ausweispapiere	<input type="checkbox"/> Pers.-Ausweis <input type="checkbox"/> Pass Nr.	<input type="checkbox"/> Pers.-Ausweis <input type="checkbox"/> Pass Nr.
Ausstellungstag- und -behörde		
derzeitige/zuletzt ausgeübte Tätigkeit		

II. Familienverhältnisse

Außer dem Antragsteller und seinem Ehegatten/Lebenspartner/Partner der eheähnlichen Gemeinschaft leben noch in **der Haushaltsgemeinschaft**

	1	2	3	4
Familienname (ggf. Geburtsname angeben)				
Vorname(n)				
Geburtsdatum/-ort				
Familienstand				
Verwandtschaftsverhältnis zum/zur Antragsteller(in)				
derzeitige / zuletzt ausgeübte Tätigkeit				

III. Einkommensverhältnisse des Antragstellers und der im Haushalt lebenden Personen

Art des Einkommens monatlich	Antragsteller	Ehegatte/ Lebenspartner/ Partner eheähnliche Gemeinschaft	Sonstige Haushaltsangehörige entsprechend II.			
			1	2	3	4
	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR
Kein Einkommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einkommen aus Nichtselbständiger Tätigkeit (Erwerbseinkommen, Ausbildungsvergütung, Entgelt der WfbM)						
Gewerbe/Handel/Freiberufe						
Land- und Forstwirtschaft						
Sonstige selbständige Tätigkeit						
Vermietung und Verpachtung						
Leistungen Krankenkasse						
Wohngeld/Lastenzuschuss						
Renten/Pensionen (z.B. Rente wegen Erwerbsminderung, Altersrente, Unfallrente, Landwirtschaftl. Altersgeld, Witwen- oder Waisenrente)						
Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz						
Lastenausgleich						
Leistungen der Agentur für Arbeit						
Leistungen für Kinder (z.B. Kindergeld, Elterngeld)						
Ausbildungsförderung						
Unterhalt						
Sonstige Einkünfte						
Sonstige Einkünfte						

IV. Vom Einkommen evtl. absetzbare Beträge

(Bitte Nachweise beifügen!)

Art des Einkommens monatlich	Antragsteller	Ehegatte/ Lebenspartner/ Partner eheähnliche Gemeinschaft	Sonstige Haushaltsangehörige entsprechend II.			
			1	2	3	4
	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR
Keine absetzbaren Beträge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausgaben	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR
Steuern auf Einkommen einschließlich Soli						
Kranken-/Pflegeversicherung						
Arbeitslosenversicherung						
Rentenversicherung						
Altersvorsorgebeiträge						
-versicherung						
-versicherung						
Lebensversicherung						
Aufwendungen zur Erzielung des Einkommens						
- Fahrtkosten zur Arbeit						
- benutztes Verkehrsmittel						
- Entfernung zwischen Wohnung und Arbeitsstelle	km	km	km	km	km	km
Sonstiges						
Sonstiges						

V. Bargeld, Guthaben (z.B. Spar- und Girokonten), sonstige Vermögen

(Bitte Nachweise beifügen!)

	Antragsteller	Ehegatte/ Lebenspartner/ Partner eheähnliche Gemeinschaft	Sonstige Haushaltsangehörige entsprechend II.			
			1	2	3	4
Kein Vermögen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Art des Vermögens	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR
Bargeld						
Bank-/Sparguthaben (bei welchem Kreditinstitut) Bitte Kontoauszüge der letzten 3 Monate beifügen (lückenlos)!						
Wertpapiere						
Lebensversicherungen						
Sterbegeldversicherung						
Hauseigentum						
Sonstiger Grundbesitz						
Kraftfahrzeug(e) Marke/Typ Kennzeichen Erstzulassung						
Staatlich geförderte private Altersvorsorge						
Ansprüche aus Übertragungs- verträgen (z.B. Wohnrecht, Nießbrauch, Altenteilsrechte)						
Sonstiges Vermögen						

VI. Wohnverhältnisse und Kosten der Unterkunft

1. Miete (Bitte Nachweise beifügen!)

Zahl der Personen in der Wohnung:	Person(en)	Wohnfläche:	m ²	davon untervermietet:	m ²
Gesamtkosten der Unterkunft:					EUR
Davon Kaltmiete:		EUR			
Nebenkosten:		EUR			
Heizungskosten:		EUR			
Einnahmen aus Untervermietung					EUR
Sind in den angegebenen Beträgen Kosten für Kochfeuerung enthalten?		<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, in Höhe von		EUR
Sind in den angegebenen Beträgen Kosten für Warmwasserbereitung enthalten?		<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, in Höhe von		EUR

2. Haus-/Wohneigentum (Bitte Nachweise beifügen!)

Soweit Sie Haus-/Wohneigentum selbst bewohnen, ist eine Berechnung über die Kosten/Belastungen zu erstellen (Rentabilitätsberechnung).

VII. Persönliche Verhältnisse des Verstorbenen

Familiennamen (evtl. auch Geburtsnamen und Namen aus früheren Ehen)		
Vorname		
Geburtsdatum		
Geburtsort		
Familienstand (ledig, verheiratet, getrennt lebend, verwitwet, geschieden, eingetragene Lebensgemeinschaft)		
Staatsangehörigkeit		
Letzte Wohnanschrift: PLZ, Ort Straße, Haus-Nr.		
Sterbetag und -ort		
Todesursache		
Verschulden eines Dritten	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, Name und Anschrift des Dritten		

VIII. Wirtschaftliche Verhältnisse des Verstorbenen

Art der bis zum Tode bezogenen laufenden Einnahmen (Erwerbseinkommen, Rente o.ä.)	Höhe der monatlichen Einnahmen Euro	Zahlende Stelle	Geschäftszeichen

IX. Nachlass (Aufstellung und Wert mit Vermögensnachweisen)

Nachlassart	Anzahl	Betrag oder (Zeit)Wert
Bargeld		
Guthaben bei der Sparkasse/Bank Kontonummer(n)		
Girokonto (lückenlose Auszüge der letzten 3 Monate) Kontonummer(n)		
Hypotheken oder Darlehensforderungen gegen		
Wertpapiere und Vermögenswerte		
Genossenschaftsanteil(e) bei der Genossenschaft		
Forderungen aus Lieferungen Lohn, Gehalt, Rente usw. gegen		
Gewerbe oder Handelsbetrieb Art und Lage des Betriebes		
Haus- und Grundbesitz		
Sonstige Nachlasswerte (z. B. Gemälde, Möbel, Schmuck, Hausrat, Kfz usw.)		

X. Angehörige des Verstorbenen

Ehegatten und Erben 1. Ordnung (Kinder und Enkel)

Name				
Vorname				
Geburtsdatum				
Geburtsort				
Familienstand				
Verwandtschaftsgrad				
Wohnanschrift PLZ, Ort Straße, Haus-Nr.				
Beruf				
Arbeitgeber				
Art etwaigen Vermögens				

Erben 2. und 3. Ordnung (Eltern, Geschwister, Großeltern)

Name				
Vorname				
Geburtsdatum				
Geburtsort				
Familienstand				
Verwandtschaftsgrad				
Wohnanschrift PLZ, Ort Straße, Haus-Nr.				
Beruf				
Arbeitgeber				
Art etwaigen Vermögens				

XI. Zahlungen auf Grund des Todesfalles

Sind von dem Verstorbenen Verfügungen von Todes wegen getroffen worden?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nicht bekannt
Liegt ein Testament oder Vermächtnis vor?			
Welche Personen werden in dem Vermächtnis bedacht?			
Wo befindet sich das Testament oder Vermächtnis?			

Es besteht eine Lebens-/Sterbeversicherung bei:

Name und Anschrift der Versicherung			
Art der Versicherung			
Abgeschlossen am:			
Nummer der Police			
Versicherungssumme			
Name und Anschrift der/des Begünstigten			

XII. Durchführung der Bestattung

Bestattungsart: Erdbestattung Feuerbestattung

Grabstelle vorhanden: Ja Nein

Bestattungsinstitut, das mit der Durchführung der Bestattung beauftragt wurde bzw. beauftragt werden soll:

--

Die Rechnung/das Kostenangebot des Bestattungsinstitutes ist vorzulegen.

Werden die Kosten der Bestattung ganz oder teilweise von Dritten getragen: Ja Nein

Stelle, die zu den Kosten beiträgt: _____

Der Kostenanteil beträgt: _____

XIII. Der Antragsteller erklärt:

Da die hinterlassenen Mittel des Verstorbenen zur Deckung des Bestattungsaufwandes nicht oder nicht ganz ausreichen und dieser nicht von dritter Stelle gedeckt wird, beantrage ich die Übernahme aus Mitteln der Sozialhilfe.

Ich versichere, die vorstehenden Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben. Mit ist bekannt, dass ich wegen wissentlich falscher oder unvollständiger Angaben strafrechtlich verfolgt werden kann und zu Unrecht erhaltene finanzielle Mittel zurückzahlen muss.

Mit ist ausdrücklich bekannt gegeben worden, dass Nebenabsprachen mit dem mit der Durchführung der Bestattung beauftragten Bestattungsinstitut über die Bedingungen des Sozialamtes hinaus unzulässig sind und zur Unwirksamkeit der vom Sozialamt gegebenen Kostenzusage führen.

Soweit ich dazu berechtigt bin, trete ich versicherungsrechtliche und sonstige Ansprüche hiermit an das Sozialamt des Landkreises Börde ab.

XIV. Sonstiges

Die Veranlassung einer Bestattung ist eine privatrechtliche Angelegenheit und muss durch den Verpflichteten ausgelöst werden.

Der/die Bestattungspflichtigen ist/sind gemäß § 60 SGB I zur Mitwirkung verpflichtet. Gemäß § 66 SGB I kann der Sozialhilfeträger die Leistung versagen, wenn Sie Ihrer Mitwirkungspflicht nicht nachkommen.

Der Antrag kann nur vollständig ausgefüllt mit den dazugehörigen Nachweisen bzw. Erklärungen bearbeitet werden. Dazu gehört auch die Sterbeurkunde, der Erbschein oder die Erbausschlagung.

Ihre Angaben werden als Sozialgeheimnis behandelt und unterliegen dem Datenschutz.

Ort	Datum
-----	-------

Unterschrift Antragsteller(in)

Der Antrag wurde entgegengenommen und auf Vollständigkeit überprüft.

Ort	Datum
-----	-------

Unterschrift Sachbearbeiter(in)
