

Eingang:	<b>Antrag auf Übernahme von Bestattungskosten (§ 74 SGB XII)</b>	Az.: 500-32-74
----------	--	-------------------

**A: Angaben zum Verstorbenen**

**1. Verstorbene/r**  männlich  weiblich

Name, ggf. Geburtsname:		Vorname:
Geburtsdatum: (TT.MM.JJJJ)	Sterbedatum: (TT.MM.JJJJ)	Sterbeort:
letzter Familienstand: <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> getrennt-lebend <input type="checkbox"/> geschieden		
letzte Anschrift:		

Stand die/der Verstorbene unter gesetzlicher Betreuung?

nein  nicht bekannt  ja von:

Name:	Vorname:
Anschrift:	

**2. Todesursache**

natürlicher Tod  (Verkehrs-)Unfall  Sonstige Fremdeinwirkung

Sonstiges

**3. Einkommensverhältnisse des/der Verstorbenen**

**3.1** Hat die/der Verstorbene zuletzt Sozialhilfe bezogen?

nein  
 nicht bekannt  
 ja, von folgender Stelle/Behörde:

**3.2** Wovon lebte der/die Verstorbene? (Rente, Arbeitslosengeld, Arbeitslosengeld II (Hartz IV), Unterhalt, Erwerbseinkommen, Verpachtung, sonstiges) Bitte Nachweise beilegen!

**4. Nachlass**

**4.1** Existiert ein Testament?  nein  nicht bekannt  ja, liegt bei,  wird nachgereicht

**4.2** Hatte der/die Verstorbene eine Lebens-/ oder Sterbegeldversicherung?

nein  nicht bekannt  ja, wie folgt:

**4.3** Was ist als Nachlass vorhanden? (Bargeld, Girokonto und Sparbücher (bitte Kontoauszüge beifügen), Wertpapiere, Bausparvertrag, Kraftfahrzeug, Grundstücke, Wohneigentum, sonstige Sachwerte)

**B: Angaben zum Antragssteller(in)**

**5. Angaben zu den Daten der Antragsstellerin / des Antragsstellers und seiner im Haushalt lebenden Angehörigen**

**5.1 Angaben zum Antragssteller:**

Name, ggf. Geburtsname:		Vorname:	
Geburtsdatum: (TT.MM.JJJJ)	Familienstand: <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> verw. <input type="checkbox"/> getrennt-lebend <input type="checkbox"/> geschieden		
Anschrift:		Wurde das Erbe ausgeschlagen: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am	

In welchen familienrechtlichen Verhältnis stehen Sie zu dem/der Verstorbenen?

--

Haben Sie eine gesetzliche Betreuung?

nein  ja:

Name:		Vorname:	
Anschrift:			

**5.2 Angaben zu den Angehörigen im Haushalt des/der Antragsstellers(in)** (ggf. gesonderten Bogen nutzen)

Name, ggf. Geburtsname:		Vorname:	
Geburtsdatum: (TT.MM.JJJJ)	Verwandtschaftsverhältnis zum/zur Antragssteller(in)	Wurde das Erbe ausgeschlagen: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am	

Name, ggf. Geburtsname:		Vorname:	
Geburtsdatum: (TT.MM.JJJJ)	Verwandtschaftsverhältnis zum/zur Antragssteller(in)	Wurde das Erbe ausgeschlagen: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am	

Name, ggf. Geburtsname:		Vorname:	
Geburtsdatum: (TT.MM.JJJJ)	Verwandtschaftsverhältnis zum/zur Antragssteller(in)	Wurde das Erbe ausgeschlagen: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am	

Name, ggf. Geburtsname:		Vorname:	
Geburtsdatum: (TT.MM.JJJJ)	Verwandtschaftsverhältnis zum/zur Antragssteller(in)	Wurde das Erbe ausgeschlagen: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am	

**5.3.1 Wohnung: Miet- und Nebenkosten** (bitte z.B. Mietänderungsschreiben, Heizkostenabrechnung beifügen)

Kaltniete:	Betriebskosten:	Heizkosten:
------------	-----------------	-------------

**5.3.2 Wohneigentum**

<input type="checkbox"/> Einfamilienhaus <input type="checkbox"/> Zweifamilienhaus <input type="checkbox"/> Doppelhaushälfte <input type="checkbox"/> Reihenhause <input type="checkbox"/> Mehrfamilienhaus <input type="checkbox"/> Eigentumswohnung <input type="checkbox"/> sonstiges:
---

Anschrift:		
Baujahr:	Gesamtwohnfläche:	Erbpacht: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja      €/Jahr

**Aufwendungen für Zinsen und Tilgung für das Hausgrundstück / Erbpacht:**

Ist das Hausgrundstück schon vollständig abbezahlt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein:				
Gläubiger	Form der vertraglichen Verpflichtung	Zinsen	Tilgung	Zahlungsweise

Hausnebenkosten:

Grundsteuer: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja €/ Jahr	Straßenreinigung <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja €/ Jahr
Abfall <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja €/ Monat	Wasser <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja €/ Monat
Abwasser <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja €/ Monat	Gebäude- <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja versicherung €/ Jahr
Schornsteinfeger <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja €/ Jahr	Niederschlagswasser <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja €/ Jahr
Sonstiges <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja €/ Jahr	

Heizkosten:

<input type="checkbox"/> Kohle <input type="checkbox"/> Heizöl <input type="checkbox"/> Gas <input type="checkbox"/> Strom <input type="checkbox"/> Fernwärme <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____
€/ Monat <span style="float: right;">€/Jahr bei z.B.Öl</span>

5.4 Einkünfte des Antragsstellers und dessen im Haushalt lebenden Angehörigen

	Antragssteller	(Ehe-)Partner	Kind	Kind	Kind
Kein Einkommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nichtselbständige Tätigkeit netto (z.B. Erwerbseinkommen, Ausbildungsvergütung)					
Krankengeld/ Mutterschaftsgeld (einschl. Arbeitsgeberzuschuss)					
Einkommen aus Selbständigkeit (bitte Gewinn- und Verlustrechnung beilegen)					
Wohngeld / Lastenzuschuss					
Rente / Pension					
Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz					
Arbeitslosengeld / Arbeitslosengeld II					
Unterhalt / Kindergeld / BAB / BaföG					
Kapitalerträge z.B. Zinsen Sparbuch					
sonstige Einkünfte (z.B. aus Untervermietung)					

**5.5 Vom Einkommen evtl. absetzbare Beiträge (Bitte Nachweise beifügen)**

	Antragssteller	(Ehe-)Partner	Kind	Kind	Kind
Keine Absetzungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufwendungen für Arbeitsmittel					
Einfache Entfernung zw. Wohnung und Arbeitsstätte	km	km	km	km	km
Kosten öffentlicher Nahverkehr					
Haftpflichtversicherung					
Hausratversicherung					
Altersvorsorgebeiträge / Lebensversicherung					
Sterbegeldversicherung					
Beiträge für Berufsverbände oder ähnliche Einrichtungen					

**5.6 Angaben zum Vermögen des Antragsstellers und dessen im Haushalt lebenden Angehörigen**

	Antragssteller	(Ehe-)Partner	Kind	Kind	Kind
Keine Vermögen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bargeld					
Bank-/ Sparguthaben					
Wertpapiere / Aktien / Fonds					
Lebens-/ Kapitalversicherungen (bitte aktuellen Rückkaufswert nachweisen)					
Wohneigentum (Haus, Eigentumswohnung, etc.) oder sonstiger Grundbesitz					
Kraftfahrzeuge					
Staatlich geförderte private Altersvorsorge (Riester-Rente)					
sonstiges Vermögen					

## 6. Weitere mögliche Verpflichtete

### 6.1 Angaben zu weiteren Angehörigen der / des Verstorbenen

Name, ggf. Geburtsname:		Vorname:
Geburtsdatum: (TT.MM.JJJJ)	Familienstand: <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> verw. <input type="checkbox"/> getrennt-lebend <input type="checkbox"/> geschieden	
Anschrift:		Verwandtschaftsverhältnis zum/zur Verstorbenen

Name, ggf. Geburtsname:		Vorname:
Geburtsdatum: (TT.MM.JJJJ)	Familienstand: <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> verw. <input type="checkbox"/> getrennt-lebend <input type="checkbox"/> geschieden	
Anschrift:		Verwandtschaftsverhältnis zum/zur Verstorbenen

Name, ggf. Geburtsname:		Vorname:
Geburtsdatum: (TT.MM.JJJJ)	Familienstand: <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> verw. <input type="checkbox"/> getrennt-lebend <input type="checkbox"/> geschieden	
Anschrift:		Verwandtschaftsverhältnis zum/zur Verstorbenen

Name, ggf. Geburtsname:		Vorname:
Geburtsdatum: (TT.MM.JJJJ)	Familienstand: <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> verw. <input type="checkbox"/> getrennt-lebend <input type="checkbox"/> geschieden	
Anschrift:		Verwandtschaftsverhältnis zum/zur Verstorbenen

Name, ggf. Geburtsname:		Vorname:
Geburtsdatum: (TT.MM.JJJJ)	Familienstand: <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> verw. <input type="checkbox"/> getrennt-lebend <input type="checkbox"/> geschieden	
Anschrift:		Verwandtschaftsverhältnis zum/zur Verstorbenen

Name, ggf. Geburtsname:		Vorname:
Geburtsdatum: (TT.MM.JJJJ)	Familienstand: <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> verw. <input type="checkbox"/> getrennt-lebend <input type="checkbox"/> geschieden	
Anschrift:		Verwandtschaftsverhältnis zum/zur Verstorbenen

## 7. Bestattung

### 7.1 Welches Bestattungsinstitut wird/wurde beauftragt?

--------------

### 7.2 Wer hat die Bestattung in Auftrag gegeben?

Antragssteller  andere Person:

Name und Anschrift:   
---------------------------------

### 7.3 Bestattungsart

Erdbestattung  Feuerbestattung  Seebestattung

Wurde eine Sozialbestattung in Auftrag gegeben?

nein  ja

7.4 Darf durch den Bereich Soziale Sicherung Kontakt mit dem Bestatter aufgenommen werden, z.B. um schnell eine Kostenzusage übermitteln zu können?

nein  ja



Hiermit trete ich den Anspruch auf Leistungen an das von mir beauftragte Bestattungsinstitut, der Friedhofsverwaltung bzw. der Ordnungsbehörde ab und bitte um Direktzahlung an die entsprechenden Empfänger.

Mit einer Direktzahlung bin ich nicht einverstanden. Bitte zahlen Sie die Sozialleistungen auf das im Antrag angegebene Konto aus. Mir ist bewusst, dass ich Sozialleistungen zweckbestimmt, an das von mir beauftragte Bestattungsinstitut, der Friedhofsverwaltung bzw. der Ordnungsbehörde weiterzuleiten habe.

### Erklärung

Den Antrag auf Leistungen nach § 74 SGB XII mit seinen Anlagen habe ich wahrheitsgemäß ausgefüllt. Die Angaben zu den Angehörigen habe ich ausgefüllt, weil mir eine Vollmacht erteilt wurde; ansonsten haben die Angehörigen ihre Angaben selbst in den vorstehenden Antrag oder in einen gesonderten Vordruck eingetragen und die Richtigkeit durch ihre Unterschrift bestätigt.

Ich bevollmächtige meine(n) Ehegatten / Ehegattin / Lebenspartner bzw. Partner(in) der eheähnlichen Gemeinschaft zur Entgegennahme von Verwaltungsakten und Informationen zum laufenden Antragsverfahren.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Antragssteller

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Angehörige