



Landkreis Potsdam-Mittelmark
 Fachdienst Soziales und Wohnen
 - Bestattungskosten -
 Niemöllerstraße 1
 14806 Bad Belzig

Antragseingang / Eingangsstempel

Antrag auf Übernahme von Bestattungskosten gemäß § 74 Sozialgesetzbuch, Zwölftes Buch (SGB XII)

Sterbefall

Familienname, Vorname		Geburtsname	
Geburtsdatum	Geburtsort	Sterbedatum	Sterbeort
Letzte Wohnanschrift (PLZ, Ort, Straße, Hausnummer)			
Name, Vorname d. ehemaligen Betreuers		Telefonnr.	Anschrift des ehem. Betreuers

Allgemeine Angaben zur/m Antragsteller/in und dessen Lebens-/Ehepartner / in

	Antragsteller/in	Lebens-/Ehepartner/in
Verwandtschaftliches Verhältnis zum Verstorbenen		
Familienname, Vorname		
Geburtsname		
Geburtsdatum		
Wohnanschrift (PLZ, Ort, Straße, Hausnr.)		
Familienstand		
Telefonnr. für evtl. Rückfragen		

Betreuer der/des Antragstellerin / Antragstellers

Name, Vorname	Telefonnr.	Anschrift
---------------	------------	-----------

Wohnung und monatliche Miet- und Mietnebenkosten (bitte Mietvertrag beifügen)

Personenanzahl in der Wohnung	.....
Grundmiete ohne Heizung€
Heizungskosten€
Nebenkosten ohne Heizung€
Miete inkl. Heiz- und Nebenkosten€

Monatliche Belastung bei Wohneigentum (bitte alles belegen)

Kreditzinsen (ohne Tilgung)€
Müllgebühren€
Wasser- / Abwasserkosten€
Schornsteinfegergebühren€
Straßenreinigungsgebühren€
Gebäudeversicherung€
Sonstiges (bitte näher bezeichnen)€
€
€

Im Haushalt der / des Antragstellerin / Antragstellers lebende Personen

Name, Vorname	geb. am	Verwandtschaftsverhältnis / sonstiges Verhältnis zum Antragsteller	vom Antragsteller/ Ehe- oder Lebenspartner 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

Nicht mehr im Haushalt lebende Kinder der/des Antragstellerin / Antragstellers

Name, Vorname	geb. am	Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort)

Wirtschaftliche Verhältnisse des Antragstellers und der/des Lebens- / Ehepartner(in)

Einkommen

	Antragsteller/in	Lebens- / Ehepartner/in
Erwerbseinkommen		
Rente		
ALG I / ALG II		
Sozialhilfe		
Erziehungsgeld		
Bafög / BAB		
Kindergeld		
Unterhalt		
Wohngeld		
Einnahmen Vermietung u. Verpachtung		
Sonstiges (bitte näher bezeichnen)		

Vermögen der/des Antragstellerin / Antragstellers und der/des Lebens- / Ehepartner(in)

	Antragsteller/in	Lebens- / Ehepartner/in
Haus-/Wohneigentum		
Grundstücke		
Kraftfahrzeug (Baujahr / Typ)		
Sparguthaben		
Girokontoguthaben		
Bargeld		
Bausparguthaben		
Fondanteile		
Wertpapiere		
Rückkaufwerte Versicherungen		
sonstige Kapitalanlagen		
(bitte näher bezeichnen)		

Monatliche Belastungen der/des Antragstellerin / Antragstellers und des Lebens- / Ehepartners

	Antragsteller/in	Lebens- / Ehepartner/in
Unterhaltsverpflichtungen		
Haftpflichtversicherung		
Hausratversicherung		
Vorsorgeversicherungen		
sonstige Belastungen		
(bitte näher bezeichnen)		

Vermögen der/des Verstorbenen (Bitte Nachweise beifügen!)

Bargeld	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:	Betrag:	.....	€
Bankguthaben Girokonto	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:	Betrag:	.....	€
bei Kreditinstitut:.....					
IBAN:					
BIC:					
Bankguthaben Sparkonto	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:	Betrag:	.....	€
bei Kreditinstitut:.....					
IBAN:					
BIC:					
Wertpapiere	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:	Betrag:	.....	€
angelegt bei:					
Bausparvertrag	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:	Wert:	.....	€
abgeschlossen bei:.....					
Vertrag-Nr.:					
Lebensversicherung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:	Rückkaufswert:	.....	€
abgeschlossen bei:.....					
Sterbegeldversicherung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:	Versicherungs-		
abgeschlossen bei:.....			summe:	.....	€
Bestattungskostenvorsorgevertrag					€
	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:	Summe:	.....
abgeschlossen bei:.....					
Grundstücke	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:			
Lage und Nutzungsart:.....					
Grundbuchliche Bezeichnung:.....					
Letzter Verkehrswert vom.....:				.....	€
Betriebsvermögen oder landwirtschaftliches Vermögen					
	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:			
Lage:					
Einheitswert:					
aktueller Verkaufswert:				.....	€
Kraftfahrzeug	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:			
Fabrikat:					
Baujahr:		Kilometerstand:.....km	Wert:	.....	€
(Bitte Kopie v. Fahrzeugschein oder Fahrzeugbrief beilegen)					
Sonstiges Vermögen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:	- >	.....	€
.....					
.....					
.....					
Wurde ein Testament hinterlassen?					
	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:	- >	(bitte in Kopie beilegen)	

Wirtschaftliche Verhältnisse der/ des Verstorbenen

Einkommen der/ des Verstorbenen

Wurde Sozialhilfe bezogen? nein ja - > bis zum:

Sozialamt:.....

Stationäre Unterbringung nein ja - > von.....bis.....

(Bitte legen Sie das Nachlassprotokoll des Krankenhauses / Heimes vor)

Zuletzt bezogenes Einkommen	Art des Einkommens	Höhe des Einkommens

Mögliche Erben und Angehörige des/ der Verstorbenen

Erben/Verwandt. Verhältnis	Name, Vorname	Anschrift	Erbteil in %

Haben Sie das Erbe angetreten? nein ja - > wenn ja, bitte Erbschein in Kopie beifügen
 - > wenn nein, bitte Erbausschlagung in Kopie beifügen

Nachlassverbindlichkeiten (bitte Rechnungen in Kopie vorlegen)

Leistungen des Bestattungsunternehmens	.....	€
Friedhofsgebühren	.....	€
Krematorium	.....	€
Kosten für einen einfachen Grabstein/Grabplatte/Grabkreuz	.....	€

Beauftragtes Bestattungsunternehmen:

Bitte beauftragen Sie das Bestattungshaus ausdrücklich mit einer Sozialbestattung und weisen auf den Antrag beim Sozialamt hin.

Folgende Leistungen wurden aus Anlass des Todes beantragt:

Sterbevierteljahr nein ja €
 (ausgezahlt durch die Deutsche Rentenversicherung)

Sterbegelder:

Aufgrund des Bezugs einer Kriegsschadensrente (§§ 277, 292 LAG)
 nein ja wenn ja Höhe: €

Aus der gesetzlichen Unfallversicherung (§§ 63, 64 SGB VII)
 nein ja wenn ja Höhe: €

Sterbegeld und/oder Bestattungsgeld nach dem Bundesversorgungsgesetz (§§ 36, 37, 53 BVG)
 nein ja wenn ja Höhe: €

Sterbegeld für Beamte (§ 18 BeamtVG)			
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	wenn ja Höhe: €
Sterbegeld für Soldaten (§ 41 SVG i.V.m. § 18 BeamtVG)			
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	wenn ja Höhe: €
Sterbegeld im Rahmen betrieblicher Altersversorgungen:			
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	wenn ja Höhe: €
Sterbegeld und/oder Bestattungsgeld nach dem Opferentschädigungsgesetz (§ 1 Abs.1 Satz 1 OEG)			
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	wenn ja Höhe: €
Bestattungsgeld der Unterhaltssicherungsbehörde bei der Bestattung Wehrpflichtiger (§ 7 Abs. 2 Nr. 6 USG)			
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	wenn ja Höhe: €

Bankverbindung (Girokonto der nachfragenden Person)

Empfänger:	IBAN:
Kreditinstitut:	BIC:

Besondere Mitteilungen oder Hinweise des Antragstellers zum Antrag

Erklärung der Antragstellerin / des Antragstellers

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. 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.

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

Einverständniserklärung

Ich, Frau/Herr _____, geboren am _____,
 wohnhaft in: _____
 bin einverstanden, dass die bewilligte Sozialhilfeleistung nach dem Sozialgesetzbuch, Zwölftes Buch (SGB XII) 9. Kapitel- Hilfe in anderen Lebenslagen gem. § 74 SGB XII - Übernahme von Bestattungskosten -direkt an die Gläubiger überwiesen werden kann.
 Gläubiger können u. a., Bestattungsinstitute, Krematorien, Friedhofsverwaltungen, sein.

 Ort, Datum

 Unterschrift