

Eingangsvermerk - Empfänger

Landeshauptstadt Dresden
Sozialamt
Postfach 12 00 20
01001 Dresden

Sitz: Junghansstraße 2, 01277 Dresden

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

1. Verstorbene Person

Name	Vorname		
Geburtsdatum	Geburtsort		
Sterbedatum	Sterbeort (PLZ, Ort, Straße, Hausnummer)		
Letzter Wohnort, Straße	Hausnummer	PLZ	Ort

2. Persönliche Angaben zur antragstellenden Person

Antragsteller/-in

Name	Vorname	Geburtsdatum
Wohnanschrift (PLZ, Ort, Straße, Hausnummer)	Telefon	
Lebens-/Ehepartner/-in		
Name	Vorname	Geburtsdatum
Wohnanschrift (PLZ, Ort, Straße, Hausnummer)	Telefon	

3. Wohnung und monatliche Miet- und Mietnebenkosten des/der Antragstellers/-in

Grundmiete ohne Heizung	EUR	Art der Heizung
Heizungskosten	EUR	
Nebenkosten ohne Heizung	EUR	Art der Nebenkosten

4. Weitere Personen, die im Haushalt der antragstellenden Person wohnen

Name	Vorname	Verwandtschaftsverhältnis	Geburtsdatum
Name	Vorname	Verwandtschaftsverhältnis	Geburtsdatum
Name	Vorname	Verwandtschaftsverhältnis	Geburtsdatum
Name	Vorname	Verwandtschaftsverhältnis	Geburtsdatum

5. Einkommen des/der Antragstellers/-in

	Antragsteller/-in	Lebens-/Ehepartner/-in
Erwerbseinkommen	EUR	EUR
Rente	EUR	EUR
ALG I/ALG II	EUR	EUR
Erziehungsgeld	EUR	EUR
BAföG/BAB	EUR	EUR
Unterhalt	EUR	EUR
Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung	EUR	EUR
Sonstige Einkommen	EUR	EUR
	EUR	EUR
	EUR	EUR
	EUR	EUR

6. Erklärung zum Vermögen des/der Antragstellers/-in

	Antragsteller/-in	Lebens-/Ehepartner/-in
Bargeld	EUR	EUR
Bank- und Sparguthaben		
IBAN	BIC	
		EUR
Aktien, Pfandbriefe, sonstige Wertpapiere (Kurswert angeben)		
Art		
	EUR	EUR
Lebensversicherung, Sterbeversicherung, kapitalbildende Rentenversicherungen (Rückkaufswert)		
Art	Versicherungsträger	
		EUR
		EUR
		EUR
Haus- und Grundbesitz		
	Einheitswert	EUR
	Verkehrswert	EUR
	Einheitswert	EUR
	Verkehrswert	EUR

Anlage- und Betriebsvermögen		
Art	EUR	EUR
	EUR	EUR
	EUR	EUR
Sonstiges Vermögen (Krypto, Paypal)		
	EUR	EUR
	EUR	EUR
	EUR	EUR

7. Monatliche Belastungen des/der Antragstellers/-in

	Antragsteller/-in	Lebens-/Ehepartner/-in
Unterhalt	EUR	EUR
Energie	EUR	EUR
Vorsorgeversicherungen	EUR	EUR
Haftpflichtversicherungen	EUR	EUR
Schulden/Kredite	EUR	EUR
Sonstige Belastungen (Bitte näher bezeichnen)	EUR	EUR

8. Angaben zum Nachlass des/der Verstorbenen zum Zeitpunkt des Ablebens

Bitte geben Sie an dieser Stelle alle Vermögenswerte einschließlich Ansprüche der verstorbenen Person an, welche sich zum Zeitpunkt des Ablebens im Besitz der verstorbenen Person befunden haben. Dazu zählen neben dem Bargeld, Guthaben, Immobilien, Wertgegenstände, PKW u. a.. Legen Sie bitte die entsprechenden Nachweise bei. Sollten Sie keine Kenntnisse über den Wert des Vermögens haben bzw. keine Nachweise vorlegen können, so geben Sie dies bitte ebenfalls an. Ggf. weitere Angaben auf einem gesonderten Blatt tätigen.

Art des Vermögens (z. B. Girokonto, Sparbuch, Angaben zur Immobilie)	EUR
	EUR
	EUR
	EUR
	EUR

9. Angaben zum/zur Ehepartner/-in bzw. Lebenspartner/-in des Verstorbenen

Name	Vorname	Geburtsname
Geburtsdatum	Sterbedatum	
Falls verstorben:		
Anschrift		
Straße	Hausnummer	PLZ
		Ort

10. Angaben zu weiteren Angehörigen der verstorbenen Person

Zu den weiteren Angehörigen zählen die Eltern, Kinder und Geschwister der/des Verstorbenen.
(Bei Bedarf bitte gesondertes Blatt verwenden.)

Name, Vorname	Geburtsdatum	Anschrift (PLZ, Ort, Straße, Hausnummer)	Verhältnis zum/zur Verstorbenen

11. Angaben zur Bestattung

Die Bestattung veranlasste

Name, Vorname	Verhältnis zum/zur Verstorbenen
Bestattungsort	

Anschrift

Straße	Hausnummer	PLZ	Ort
--------	------------	-----	-----

Den Vertrag beim Bestattungsunternehmen/Friedhof schloss ab

Name, Vorname	Verhältnis zum/zur Verstorbenen
---------------	---------------------------------

Anschrift

Straße	Hausnummer	PLZ	Ort
--------	------------	-----	-----

Die Kosten der Bestattung betragen insgesamt _____ EUR

(Bitte eine detaillierte Aufstellung der Kosten und Rechnungen beifügen)

Wurden Teile der Bestattungskosten von Dritten (z. B. Sozialleistungsträgern, Versicherungen, Arbeitgebern, anderen Personen oder Angehörigen) bzw. im Rahmen des Beihilferechts bereits übernommen oder ist mit einer Zahlung zu rechnen?

Nein Ja

(Bitte genaue Angaben über den Dritten)

Name, Vorname oder Bezeichnung des Dritten

Höhe der übernommenen Kosten _____ EUR

Haben Sie oder Dritte bereits einen Teil der Bestattung beglichen (z. B. durch Anzahlung)?

Nein Ja

(Bitte genaue Angaben über den Dritten)

Name, Vorname oder Bezeichnung des Dritten

Höhe der beglichenen Kosten _____ EUR

Es bestehen noch offene Forderungen

Gegenüber dem Bestattungsunternehmen von _____ EUR

Gegenüber dem Friedhof _____ EUR

12. weitere Angaben

War der/die Verstorbene Empfänger/-in von Sozialhilfe oder Leistungen der Grundsicherung?

Nein Ja

(Bitte genaue Angaben, wer diese Leistungen gewährt hat)

Art der Leistung

Behörde

Hatte die verstorbene Person eine Sterbe-, Unfall- oder Lebensversicherung abgeschlossen?

Nein Ja

(Bitte genaue Angaben, wer Begünstigter ist)

Art der Versicherung

Begünstigter

Angaben zur Höhe und Umfang der Versicherung

Besteht ein Anspruch auf Gewährung von Bestattungsgeld für Beschädigte nach § 36 Bundesversorgungsgesetz (BVG) oder auf Sterbegeld für Beschädigte nach § 37 BVG?

Nein Ja

(Bitte genaue Angaben, in welcher Höhe)

Höhe des Anspruches

Hatte die verstorbene Person Anspruch auf Leistungen Dritter für ihre Bestattung (z. B. Beihilfen bei Beamten, Sterbegeld eines Arbeitgebers oder einer Vereinigung o. ä.)?

Nein Ja

(Bitte weitere Angaben zu den Leistungen)

Art der Leistung

Behörde/Institution/Juristische Person

Sind Sie erbberechtigt? Ja Nein

Haben Sie das Erbe ausgeschlagen? Ja Nein

Wurde ein Nachlassverwalter eingesetzt? Ja Nein

Gibt es ein Testament? Ja Nein

Sind Ihnen weitere Erben oder Vermächtnisnehmer bekannt?

Nein Ja

Bitte legen Sie einen Erbschein bzw. den Nachweis über die Ausschlagung von allen in Frage kommenden möglichen Erben vor.

(Bitte weitere Angaben zu den Erben)

Name, Vorname	Anschrift

Sind Ihnen Personen bekannt, die aus vertraglichen Gründen zur Bestattung der verstorbenen Person verpflichtet wären (z. B. nach Übertragung einer Immobilie oder eines Grundstückes o. ä.)?

Nein Ja

(Bitte weitere Angaben zu den Verpflichteten)

Name, Vorname	Anschrift

Verstarb die Person auf Grund eines Verbrechens oder Unfalles?

Nein Ja

(Bitte weitere Angaben zum Täter bzw. Unfallverursacher)

Name, Vorname	Anschrift
Name, Vorname	Anschrift
Name, Vorname	Anschrift

13. Erklärung

1. Ich/wir erkläre/n, dass im Falle einer Leistungsgewährung, die bewilligte Leistung an den folgenden Empfangsberechtigten direkt auf nachfolgende Bankverbindung gezahlt wird.

Ja

Name des Empfängers	Kreditinstitut
IBAN	BIC
Name des Empfängers	Kreditinstitut
IBAN	BIC

Nein (Bitte eigene Bankverbindung angeben)

Kontoinhaber	Kreditinstitut
IBAN	BIC

Der Sozialhilfeträger ist berechtigt, die im Rahmen des § 74 SGB XII gewährte Sozialhilfeleistung auf o. g. Bankverbindung zu überweisen. Die Richtigkeit der Angaben wird bestätigt. Diese Erklärung gilt bis Eingang des schriftlichen Widerrufes beim zuständigen Bearbeiter. Unvollständige bzw. fehlerhafte Angaben gehen nicht zu Lasten des Sozialhilfeträgers.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller/-in und Partner/-in

2. Ich/wir willige/n gemäß §§ 67b Abs. 1 und 67c Abs. 2 Ziffer 2 Zehntes Sozialgesetzbuch (SGB X) ein, dass nachfolgenden Personen bzw. Institutionen vom Sozialhilfeträger Auskünfte zum Bearbeitungsstand meines Antrages auf Leistungen nach § 74 SGB XII geben darf.

Nein Ja (Bitte nachfolgende Angaben eintragen)

2.1 Person

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Wohnhaft in _____ Telefon _____

2.2 Institution

Bezeichnung _____

Anschrift _____ Telefon _____

Zum Umfang der Auskünfte lege/n ich/wir Folgendes fest:

(Bitte konkrete Angaben, in welchem Umfang und zu welchen Tatbeständen der Sozialhilfeträger Auskünfte erteilen darf)

(ggf. Zusatzblatt verwenden)

Diese Erklärung gilt bis Eingang des schriftlichen Widerrufs beim zuständigen Bearbeiter.
Unvollständige bzw. fehlerhafte Angaben gehen nicht zu Lasten des Sozialhilfeträgers.

Ort, Datum _____ Unterschrift antragstellende Person und Partner/-in _____

3. Erklärung

Hiermit erkläre/n ich/wir, dass die von mir/uns getätigten Angaben wahrheitsgemäß und vollständig erfolgten. Alle für die beantragte Leistung relevanten Änderungen werde/n ich/wir unaufgefordert unverzüglich mitteilen. Mit der Erhebung, Speicherung und Verarbeitung der für die Leistungsgewährung relevanten Daten erkläre/n ich/wir uns einverstanden. Sollte dem Antrag auf Übernahme der Bestattungskosten stattgegeben werden, so ist mir/uns bekannt, dass ich/wir bei unrichtigen oder unvollständigen Angaben die geleistete Sozialhilfe zurückzahlen muss/müssen. Mir/uns ist bekannt, dass ich/wir strafrechtlich zur Verantwortung gezogen werden kann/können, wenn die Sozialhilfegewährung durch unrichtige oder unvollständige Angaben meinerseits/unsererseits erfolgte/erfolgen.

Ort, Datum _____ Unterschrift antragstellende Person und Partner/-in _____