

Eingangsvermerk:

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

Hiermit beantrage ich die Übernahme der Bestattungskosten des beziehungsweise der **unter I.** genannten Verstorbenen.

Meine Personalien:

Name	Vorname	Geburtsdatum
Wohnanschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort)		E-Mail
Geschlecht <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers	Familienrechtliches Verhältnis zu der Verstorbenen/dem Verstorbenen: <input type="checkbox"/> Tochter <input type="checkbox"/> Sohn <input type="checkbox"/> Ehepartnerin <input type="checkbox"/> Ehepartner <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Schwester <input type="checkbox"/> Bruder <input type="checkbox"/> Sonstiges	

Über die persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse des beziehungsweise der Verstorbenen werden folgende Angaben gemacht:

I. Persönliche Verhältnisse der Verstorbenen/des Verstorbenen

Name, gegebenenfalls Geburtsname und frühere Namen	
Vorname	
Geburtsdatum	
Familienstand	
Krankenversichert <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, bei	
Letzte Anschrift	
Staatsangehörigkeit	
Persönliche Identifikationsnummer (Steuer-ID)	
Bestand eine Pflegschaft oder Betreuung? Falls ja, Name und Anschrift von Pflegerin/Pfleger oder Betreuerin/Betreuer	
Sterbetag und Sterbeort	
Todesursache	<input type="checkbox"/> Natürlicher Tod <input type="checkbox"/> (Verkehrs-)Unfall <input type="checkbox"/> Sonstige Fremdeinwirkung

II. Wirtschaftliche Verhältnisse der Verstorbenen/ des Verstorbenen

Hat die Verstorbene/der Verstorbene zuletzt Sozialhilfe bezogen?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Nicht bekannt	<input type="checkbox"/> Ja, von folgender Stelle/Behörde
Stationäre Unterbringung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, Name und Anschrift der Einrichtung und Kostenträger

Art der bis zum Tode bezogenen Einnahmen (Erwerbseinkommen, Rente, Arbeitslosengeld, Miet- und Pachteinnahmen)	Höhe der monatlichen Einnahmen	Zahlende Stelle (Arbeitgeber, Rententräger)	Akten-/Geschäftszeichen

III. Nachlass

Nachlassgegenstand		Betrag/Wert
Hinterlassenes Bargeld		
Bankguthaben		
Bank		X
Bankleitzahl		
Kontonummer		
IBAN		
Sparguthaben		
Bank		X
Bankleitzahl		
Kontonummer		
IBAN		
Bei stationärer Versorgung bis zum Tode		
Guthaben (Taschengeld) in der Einrichtung		
Wertpapiere und Vermögenswerte		
Genossenschaftsanteile		
Forderungen zum Beispiel aus Lohn, Gehalt		
Haus und Grundbesitz?		
Falls ja, Lage und Anschrift		X
Sonstige Nachlasswerte (zum Beispiel Schmuck, Möbel, Hausrat)		X

IV. Angehörige der Verstorbenen/des Verstorbenen - Wichtig: Alle Personen angeben!

Ehegatten und Erben 1. Ordnung (Kinder und Eltern)				
Name				
Vorname				
Geburtsdatum				
Geburtsort				
Familienstand				
Verwandtschaftsgrad				
Straße, Hausnummer				
Postleitzahl, Wohnort				
Einkommen				
Vermögen				

Nur ausfüllen, wenn der Ehegatte und die Erben der 1. Ordnung nicht mehr vorhanden sind!

Erben 2. Ordnung (Geschwister)				
Name				
Vorname				
Geburtsdatum				
Geburtsort				
Familienstand				
Verwandtschaftsgrad				
Straße, Hausnummer				
Postleitzahl, Wohnort				
Einkommen				
Vermögen				

V. Verfügungen von Todes wegen

Bestehen vertragliche Verpflichtungen, zum Beispiel Überlassungsverträge, Altenteilsverträge?

Nein Ja

Sind von der Verstorbenen/dem Verstorbenen Verfügungen von Todes wegen getroffen worden?

Nein Ja

Liegt ein Testament oder Vermächtnis vor? Wenn ja, bitte beifügen!

Nein Ja

Wurde das Erbe ausgeschlagen?

Nein Ja

Besteht eine Lebens-/ Sterbeversicherung? Wenn ja, bitte beifügen!

Nein Ja

VI. Durchführung der Bestattung

Erdbestattung
 Seebestattung
 Feuerbestattung
 Friedwald

Wo soll die Bestattung durchgeführt werden?

Ist eine Grabstelle vorhanden?

Nein
 Ja

Welches Bestattungsinstitut wurde mit der Durchführung der Bestattung beauftragt?

Wer hat die Bestattung veranlasst / beauftragt?

Werden die Kosten der Bestattung ganz oder teilweise von Dritten getragen?

Nein
 Ja

Wenn, ja von wem?

Wurden die Bestattungskosten bereits beglichen?

Nein
 Ja

Wenn, ja von wem?

VII. Persönliche Angaben zur Antragstellerin/zum Antragsteller

Name, Vorname (Alle mit dem Hilfesuchenden in Haushaltsgemeinschaft lebenden Personen)	Geburtsdatum

Miet- und Nebenkosten/Hausbelastungen

Grundmiete		Bemerkung
Betriebskosten (ohne Heizkosten)		Bemerkung
Heizkosten		Bemerkung
Kosten für Eigenheim zum Beispiel Grundsteuer, Abfallgebühren, Wasser-/ Abwassergebühren, Wohngebäudeversicherung, Zinsbelastung aufgrund von Kreditverbindlichkeiten		Bemerkung
(bitte Nachweise beifügen):		

Einkommen

Art	Antragstellerin / Antragsteller	Ehepartner, Lebensgefährten, Lebenspartner	Kind/ Haushalts- angehörige	Kind/ Haushalts- angehörige	Kind/ Haushalts- angehörige
Erwerbseinkommen					
Arbeitslosengeld I / II					
Elterngeld					
Rente					
Kindergeld					
Miet- und Pacht- einnahmen					
Sonstige Einkommen					

Besondere Belastungen

Art	Antragstellerin / Antragsteller	Ehepartner, Lebensgefährten, Lebenspartner	Kind/ Haushalts- angehörige	Kind/ Haushalts- angehörige	Kind/ Haushalts- angehörige
Hausrat-/Privathaft- pflichtversicherung					
Gewerkschafts-/ Berufsverbandsbeitrag					
Fahrtkosten zur Arbeitsstätte <input type="checkbox"/> PKW <input type="checkbox"/> andere einfache Entfernung=km					
Sonstige, regelmäßigen Belastungen (Unterhalt, Schuld- verpflichtungen)					

Vermögen

Art	Antragstellerin / Antragsteller	Ehepartner, Lebensgefährten, Lebenspartner	Kind/ Haushalts- angehörige	Kind/ Haushalts- angehörige	Kind/ Haushalts- angehörige
Konto-/ Sparguthaben					
Kraftfahrzeug (Baujahr, Typ, KM- Stand)					
Haus-/ Wohneigentum					
Fondsanteile/ Aktien					
Sonstige Kapitalanlagen (zum Beispiel Bausparvertrag, Lebensversicherung)					
Miet- und Pacht- einnahmen					
Sonstige Einkommen					

VIII. Schriftverkehr mit unverschlüsselter E-Mail

Ich bin einverstanden, dass der Landkreis Goslar datenschutzrechtlich geschützte Daten auch mit unverschlüsselter E-Mail an die nachfolgend eingetragene E-Mail-Adresse übermitteln darf, wenn durch Rechtsvorschrift keine andere Übermittlungsart vorgeschrieben ist.

E-Mail: _____

- Dies ist meine E-Mail-Adresse, auf die ich Zugriff habe und deren Posteingang ich regelmäßig überwache.
- Dies ist die E-Mail-Adresse meiner beziehungsweise meines Bevollmächtigten oder meiner Betreuerin/meines Betreuers.

Mir ist bekannt, dass

- diese Einwilligung keinen Anspruch auf eine ausschließliche Kommunikation mit (unverschlüsselter) E-Mail begründet,
- eine unverschlüsselte elektronische Kommunikation nicht sicher ist und eventuell durch Dritte eingesehen und manipuliert werden kann,
- diese Erklärung jederzeit schriftlich oder zur Niederschrift beim Landkreis Goslar mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden kann.

IX. Hinweis nach der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO)

Personenbezogene Daten werden im gesetzlich zulässigen Rahmen gespeichert und verarbeitet. In diesem Zusammenhang wird auf die Datenschutzerklärung nach der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) im Internetauftritt des Landkreises Goslar unter www.landkreis-goslar.de verwiesen.

Sollte Ihnen keine Internetverbindung zur Verfügung stehen, erhalten Sie auf Nachfrage eine schriftliche Ausfertigung. Ein automatisierter Datenabgleich nach § 118 SGB XII findet regelmäßig statt. Die Daten können in anonymisierter Form auch für statistische Zwecke verwendet werden.

X. Die Antragstellerin/der Antragsteller erklärt:

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

Ich versichere die Wahrheit und Vollständigkeit meiner Angaben. Es ist mir bekannt, dass ich mich durch unwahre oder unvollständige Angaben strafbar mache und zu Unrecht bezogene Leistungen zurückzahlen muss. Auf meine Mitwirkungspflichten und die Folgen fehlender Mitwirkung nach den §§ 60 ff. Sozialgesetzbuch Erstes Buch (SGB I) – Allgemeiner Teil – bin ich hingewiesen worden.

Ich bin damit einverstanden, dass ggf. zu bewilligende Bestattungskosten aus Sozialhilfemitteln direkt mit den Gläubigern abgerechnet werden. Ja Nein

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit aller abgegebenen Erklärungen.

Ort, Datum

Unterschrift