



ALTMARKKREIS
SALZWEDEL



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

Altmarkkreis Salzwedel
Sozialamt
Karl-Marx-Str. 32
29410 Salzwedel

Eingang am:

Antragsteller:

Name	
Vorname	
Anschrift	
Verwandtschaftsverhältnis zum Verstorbenen	
Telefonnummer für Rückfragen (freiwillig)	

1. Angaben zum Verstorbenen - Bitte Sterbeurkunde vorlegen -

Name, Vorname	
Familienstand	
Geboren am	
Gestorben am	
Todesursache	Natürlicher Tod <input type="checkbox"/> Tod durch Fremdeinwirkung <input type="checkbox"/>
Sterbeort	
Letzte Anschrift	
Stationäre Unterbringung in einer Einrichtung (Pflege- oder Seniorenheim)	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Bestand Betreuung/Vormundschaft	

2. Wirtschaftliche Verhältnisse des Verstorbenen

Art der bis zum Tode bezogenen laufenden Einkünfte	Höhe

3. Nachlass (Bitte Nachweise vorlegen – bei Sparguthaben: letzter Auszug nach Ableben)

Nachlassart	Betrag oder Wert
Bargeld	
Bankguthaben	
Wertpapiere	
Haus- und Grundbesitz	
Kraftfahrzeug	
beim Vermieter hinterlegte Kauttionen	
sonstige Nachlasswerte	

4. Besteht eine Lebens-, Sterbe- oder sonstige Versicherung? ja nein

wenn ja: (Bitte Nachweis vorlegen)

Anschrift der Versicherung:

Police-Nr.:

In welcher Höhe kommt die Versicherung zur Auszahlung?

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

ja nein

wenn ja: Wer trägt die Kosten?

.....

Kostenanteil:

.....

6. Welches Bestattungsinstitut wurde mit der Durchführung der Bestattung beauftragt? (Bitte Kostenvoranschlag/Rechnung vorlegen)

.....

7. Wo wird die/der Verstorbene bestattet?

.....

8. Wurde ein Testament hinterlassen? ja nein

9. Haben Sie die Erbschaft ausgeschlagen ? ja nein (**bitte Erbschein vorlegen**)

10. Mögliche Erben und Angehörige der/des Verstorbenen

Ehegatte/ eingetragener Lebenspartner (Name, Vorname)	Geburtsdatum	Anschrift	Wurde/wird die Erbschaft ausgeschlagen
Kinder (Name, Vorname)	Geburtsdatum	Anschrift	Wurde/wird die Erbschaft ausgeschlagen
Eltern (Name, Vorname)	Geburtsdatum	Anschrift	Wurde/wird die Erbschaft ausgeschlagen
Geschwister (Name, Vorname)	Geburtsdatum	Anschrift	Wurde/wird die Erbschaft ausgeschlagen
Enkelkinder (Name, Vorname)	Geburtsdatum	Anschrift	Wurde/wird die Erbschaft ausgeschlagen
Großeltern (Name, Vorname)	Geburtsdatum	Anschrift	Wurde/wird die Erbschaft ausgeschlagen

Mögliche sonstige Erben (Name, Vorname)	Geburtsdatum	Anschrift	Wurde/wird die Erbschaft ausgeschlagen

11. Angaben zum Antragsteller:

	Antragsteller/in	Ehe-/Lebenspartner/in
Name, Vorname		
Geburtsdatum		
Geburtsort		
Familienstand		
Bankverbindung:		
BIC		
IBAN		
Kontoinhaber		

Weitere im Haushalt lebende Personen (ggf. Extrablatt benutzen):

	1	2	3	4
Name				
Vorname				
Geb.-datum				
Familienstand				
Verwandschaftsverh. zum Antragsteller				

12. Kosten der Unterkunft (Bitte Nachweise beifügen):

Anschrift	
Grundmiete	
Betriebskosten (ohne Heizung)	
Heizkosten	
Bei Wohneigentum:	
Grundsteuer	
Gebäudeversicherung	
Wasser-/Abwasserkosten	
Müll	

Schornsteinfeger	
Sonstiges	
Sonstiges	

13. Einkünfte aller im Haushalt lebenden Personen (entsprechende Nachweise beifügen):

Einkommensart	Antragsteller in €	Ehe-/Lebenspartner	Kinder im Haushalt
Erwerbseinkommen			
ALG I/ALG II			
Rente			
Sozialhilfe			
Grundsicherung			
Krankengeld			
Wohngeld			
Kindergeld			
Vermietung/Verpachtung			
Sonstiges			

14. Vermögen aller im Haushalt lebenden Personen (Nachweise beifügen):

Art des Vermögens	Antragsteller in €	Ehe-/Lebenspartner	Kinder im Haushalt
Bargeld/Girokontoguth.			
Sparguthaben			
Grundstücke			
Kraftfahrzeug			
Bausparguthaben			
Rückkaufswert Versicherg.			
Wertpapiere u. ä.			
Sonstiges			

15. Besondere monatliche Belastungen (Nachweise beifügen):

Fahrtkosten zur Arbeit, öffentliche Verkehrsmittel	
Fahrtkosten zur Arbeit PKW, km einfache Strecke	
Unterhaltszahlungen	
Versicherungen	

Sonstige Belastungen	

16. Sonstige Informationen zur Antragstellung:

--

17. Erklärung:

I.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass bei Gewährung einer Beihilfe zur Bestattung nach den Bestimmungen des § 74 SGB XII die benötigten Kosten vom Sozialhilfeträger direkt an den Anbieter der Leistung (Bestattungsunternehmen, Friedhofsverwaltung, Krematorium u. a.) überwiesen werden. Sollte ich bzw. eine andere Person die Mittel bereits verauslagt haben, weise ich dies durch Vorlage eines Nachweises nach.

II.

Da die hinterlassenen Mittel des Verstorbenen zur Deckung des Bestattungsaufwandes nicht oder nicht ganz ausreichen und keine Deckung von dritter Stelle erfolgen kann, beantrage ich die Übernahme aus Mitteln der Sozialhilfe nach § 74 Sozialgesetzbuch, Zwölftes Buch (SGB XII).

Ich versichere, die vorstehenden Angaben vollständig und wahrheitsgemäß gemacht zu haben. Mir ist bekannt, dass ich mich durch falsche Angaben strafbar mache, zu Unrecht gewährte Leistungen werden von mir zurückgefordert.

Mir ist bekannt und ich erkläre mich damit einverstanden, dass der Sozialhilfeträger die von mir gemachten Angaben beim Nachlassgericht, Banken/Sparkassen, Versicherungen sowie anderen Stellen überprüfen kann.

Soweit ich dazu berechtigt bin, trete ich versicherungsrechtliche und sonstige Ansprüche, die erst zu einem späteren Zeitpunkt bekannt werden, an den Altmarkkreis Salzwedel ab.

Ort	Datum	Unterschrift