

Antrag auf Übernahme von Bestattungskosten nach § 74 Zwölftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII)	Erstmaliges Bekanntwerden beim Landratsamt Konstanz:

Hinweis: Bei der beantragten Leistung handelt es sich nicht um eine Leistung für die verstorbene Person, sondern für die antragstellende Person, z.B. hinterbliebener Ehepartner, Kinder, Geschwister. Der Anspruch ist von den wirtschaftlichen Verhältnissen der antragstellenden Person abhängig; unabhängig hiervon ist der Nachlass („das Erbe“) für die Finanzierung der Bestattung immer vorrangig einzusetzen.

1.	Angaben zu Ihren Lebensverhältnissen	
	Antragsteller	Ehegatte / Lebensgefährte
Name		
Vorname		
Geburtsname		
Geburtsdatum		
Geburtsort, Geburtsland		
Staatsangehörigkeit	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> _____
Geschlecht		
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet seit _____ <input type="checkbox"/> verwitwet seit _____ <input type="checkbox"/> geschieden seit _____ <input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> eheähnliche Gemeinschaft	
Anschrift (Straße und Hausnummer Postleitzahl und Ort)		
Verwandtschaftsverhältnis zur verstorbenen Person		

2.	Angehörige und sonstige Personen	
Weitere Personen im Haushalt		
Name, Vorname	Geburtsdatum	Verwandtschaftsverhältnis

3.	Angaben zur verstorbenen Person	
Name, Vorname		
Geburtsname		
Geburtsdatum, Geburtsort		
Staatsangehörigkeit	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> _____	
Geschlecht		
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet seit _____ <input type="checkbox"/> verwitwet seit _____ <input type="checkbox"/> geschieden seit _____ <input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> eheähnliche Gemeinschaft	
letzte Anschrift (Straße und Hausnummer Postleitzahl und Ort)		
Sterbedatum/Sterbeort		
Bezog die verstorbene Person Sozialhilfe?	<input type="checkbox"/> ja von folgendem Träger _____ <input type="checkbox"/> nein AZ: _____	
	<input type="checkbox"/>	

4.	Verfügungen von Todes wegen oder sonstige Vereinbarungen (Bitte Nachweise beifügen)	
Liegt ein Testament o.Ä. vor?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Welche Personen werden im Testament/Vermächtnis bedacht?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wurde das Erbe ausgeschlagen? (Bitte Ausschlagungsprotokoll einreichen)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Liegt ein Erbschein vor?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Liegt eine sonstige Verpflichtung oder Vereinbarung zur Übernahme der Bestattungskosten vor?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

5.	Angaben zum Nachlass der verstorbenen Person (Angaben zum Zeitpunkt des Todes)		
Bargeld am Tag des Todes	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Betrag in €
Girokonto (Bitte fügen Sie die Kontoauszüge der letzten 3 Monate bis zum Todestag bei)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Betrag in €
Sparguthaben (Bitte fügen Sie eine Kopie des Saldenstandes vom Todestag bei)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Betrag in €
Bestattungsvorsorgevertrag	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Betrag in €
Lebens-/Sterbegeldversicherung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Betrag in €
Forderungen gegenüber der Altenpflegeeinrichtung (z.B. Barbetragkonto, überschüssige Rente)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Betrag in €
Sonstiges Vermögen (bitte genaue Bezeichnung angeben)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Betrag in €

6.	Angaben zu Angehörigen der verstorbenen Person		
a) Ehepartner/in, Lebenspartner/in, Kinder, Adoptivkinder und Eltern der verstorbenen Person			
Name, Vorname	Geburtsdatum	Straße, PLZ, Wohnort	Verwandtschaftsverhältnis
	Sterbedatum		
Name, Vorname	Geburtsdatum	Straße, PLZ, Wohnort	Verwandtschaftsverhältnis
	Sterbedatum		
Name, Vorname	Geburtsdatum	Straße, PLZ, Wohnort	Verwandtschaftsverhältnis
	Sterbedatum		
Name, Vorname	Geburtsdatum	Straße, PLZ, Wohnort	Verwandtschaftsverhältnis
	Sterbedatum		
Name, Vorname	Geburtsdatum	Straße, PLZ, Wohnort	Verwandtschaftsverhältnis
	Sterbedatum		

Name, Vorname	Geburtsdatum	Straße, PLZ, Wohnort	Verwandtschaftsverhältnis
	Sterbedatum		
b) Geschwister, Enkel, Großeltern, Onkel, Tante der verstorbenen Person (nur ausfüllen, wenn unter a) keine Personen vorhanden sind)			
Name, Vorname	Geburtsdatum	Straße, PLZ, Wohnort	Verwandtschaftsverhältnis
	Sterbedatum		
Name, Vorname	Geburtsdatum	Straße, PLZ, Wohnort	Verwandtschaftsverhältnis
	Sterbedatum		
Name, Vorname	Geburtsdatum	Straße, PLZ, Wohnort	Verwandtschaftsverhältnis
	Sterbedatum		
Name, Vorname	Geburtsdatum	Straße, PLZ, Wohnort	Verwandtschaftsverhältnis
	Sterbedatum		

7.	Einkommen von Ihnen und Ihrem/Ihrer Partner/in <i>Bitte aktuelle Nachweise beifügen</i>		
	Antragsteller	Ehegatte / Lebensgefährte	Betrag
Arbeitseinkommen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	€
Erziehungsgeld/Elterngeld	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	€
Alters-, Erwerbsunfähigkeits- oder Berufsunfähigkeitsrente	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	€
Witwen-, Witwer oder Waisenrente	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	€
Betriebs-, Werks-, Versorgungs- oder Zusatzrente	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	€
Unfall- oder Invaliditätsrente	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	€
Auslandsrente	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	€
landwirtschaftl. Altersgeld oder Deputate (Lebensunterhalt in Naturalien)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	€

Beamtenpension	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	€
Grundrente nach dem Bundesversorgungsgesetz oder Lastenausgleichsgesetz	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	€
Einkünfte aus selbständiger / nichtselbständiger Tätigkeit oder Krankengeld	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	€
Einkommen aus Kapitalvermögen (z.B. Zinserträge)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	€
Einkommen aus Vermietung / Verpachtung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	€
Zahlungen aus privater Pflege(zusatz)versicherung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	€
Zahlungen aus privatrechtlichen Ansprüchen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	€
Grundsicherungsleistungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	€
Wohngeld	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	€
Sozialhilfe / Arbeitslosengeld I	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	€
Blindengeld	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	€
Kindergeld	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	€
Noch ausstehende Ansprüche auf Einkommenssteuererstattung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	€
Unterhaltsansprüche	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	€
Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	€
Sonstiges Einkommen, das oben nicht erwähnt wird	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	€
Sonstige Forderungen (z.B. Schadenersatz, Erbe, Pflichtteilsanspruch, Schenkung, Schmerzensgeld, Außenstände, Wohnrecht, Taschengeld, Nießbrauchrecht, ärztliche Behandlungsfehler usw.)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	€

8.	Versicherungen von Ihnen und Ihrem/Ihrer Partner/in <i>Bitte aktuelle Nachweise beifügen</i>			
			Versicherungsgesellschaft	Jahresbeitrag
Haftpflichtversicherung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		€
Hausratversicherung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		€
Private Kranken- und Pflegeversicherung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		€
	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		€

	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		€
Weitere Versicherungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		€
	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		€
9.	Vermögen von Ihnen und Ihrem/Ihrer Partner/in <i>Bitte aktuelle Nachweise beifügen</i>			
Bargeld	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Betrag in €	
Girokonto (Auszüge 3 Monate lückenlos vor dem Todestag)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Betrag in €	
Bausparvertrag	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Betrag in €	
Sparguthaben (Sparbuch, Festgeld, Geldmarktkonto usw.)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Betrag in €	
Genossenschafts- oder Geschäftsanteile	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Betrag in €	
Kautio/en (hinterlegt z.B. bei einer Mietwohnung)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Betrag in €	
Bestattungsvorsorgevertrag	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Betrag in €	
Grabpflegevertrag	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Betrag in €	
Staatlich geförderte, private Altersvorsorge Anlageform:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Vorsorgebetrag in €	
Lebens-/Rentenversicherung Anzahl:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Rückkaufwert bei Antragstellung in €	
Sterbegeldversicherung Anzahl:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Rückkaufwert bei Antragstellung in €	
Unfallversicherung mit Rückkaufwert	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Rückkaufwert bei Antragstellung in €	
Wertpapiere: Anlageform/Institut:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Betrag in €	
Kraftfahrzeug(e) (Zulassungsbescheinigung vorlegen) KM-Stand _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Wert in €	
Sonstige Forderungen gegen Dritte (Schadensersatz etc.)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Betrag in €	
Ansprüche aus Erbschaften	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Betrag in €	
Sonstiges Vermögen _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Betrag in €	

Hinweis: Bitte legen Sie zu sämtlichem Vermögen entsprechende Nachweise vor. Bezüglich Kraftfahrzeugen, holen Sie bitte eine aktuelle Marktpreiseinschätzung bei einem KFZ Sachverständigen ein. Anderenfalls wird der aktuelle Wert nach den vorliegenden Unterlagen ermittelt.

10. Angaben zu Immobilien		
Sind Sie und/oder Ihr/e Partner/in (Mit-) Eigentümer/in von Immobilien?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Art der Immobilie	Lage der Immobilie Bitte Adresse angeben, wenn vorhanden eine Wertermittlung in Kopie beifügen.	Größe a) Grundstücksfläche b) Wohnfläche
Hauseigentum		a) _____ b) _____
Wohnungseigentum		a) _____ b) _____
Unbebaute sowie land- und forstwirtschaftlich genutzte Grundstücke		a) _____ b) _____
Sonstige Flächen		a) _____ b) _____

11. Angaben zu Ihren Unterkunftskosten		
Kosten der Kaltmiete	€	Bitte fügen Sie einen Nachweis über die aktuelle Miethöhe bei
Nebenkosten	€	Bitte fügen Sie einen Nachweis über die aktuellen Nebenkosten bei, sofern diese nicht in den Mietkosten enthalten sind.

12. Es sind folgende Bestattungskosten angefallen (Bitte Rechnungen und Gebührenbescheide vorlegen)	
Rechnung des Bestattungsunternehmens	
Gebührenbescheid / Friedhofsgebühren	
Sonstige Kosten	

Zahlung bei Antragsbewilligung

Wurden die Rechnungen bereits gezahlt?	<input type="checkbox"/> nein	• ja
	Der Betrag wird vom Sozialamt nach Bearbeitung des Antrages bei Bewilligung direkt an den Bestatter und die anderen Gläubiger gezahlt.	Der Betrag wird Ihnen nach Bearbeitung des Antrages bei Bewilligung auf ihr Konto überwiesen.

Bankverbindung (nur auszufüllen, wenn die Rechnungen schon bezahlt wurden)

Evtl. zu gewährende Geldleistungen bitte ich wie folgt zu zahlen:

IBAN	Bank/ Geldinstitut
------	--------------------

Ich weise Sie darauf hin, dass der Antrag auf Sozialhilfe umfangreiche Angaben zu Ihren wirtschaftlichen Verhältnissen erfordert.

Wichtige Hinweise und Erläuterungen:

- Hiermit erkläre ich, dass ich meinen Anteil der im Zusammenhang mit der Bestattung entstehenden Kosten nicht aus den von der verstorbenen Person hinterlassenen Mitteln, meinem Einkommen, Vermögen oder aus anderen Leistungen selbst zahlen kann. Soweit ich Ansprüche auf Sozialhilfe aufgrund dieses Bestattungskostenantrages habe, **erkläre ich mich damit einverstanden, dass diese Ansprüche durch direkte Auszahlung an das Bestattungsinstitut, die jeweilige Gemeinde als Gläubiger von Friedhofsgebühren oder an Andere, die Leistungen im Zusammenhang mit der Bestattung erbracht haben, befriedigt werden.**
- Ich wurde darauf hingewiesen, dass die Bestattung im sozialhilferechtlichen Rahmen durchzuführen ist und nur die erforderlichen Kosten der Bestattung anerkannt werden können.
- Soweit der Sozialhilfeträger jetzt oder in Zukunft Auskünfte und/oder Unterlagen bei Dritten einzuholen hat, die zur Entscheidung über diesen Antrag auf Sozialhilfeleistungen erforderlich sind (z.B. Ärzte, Versicherungen, Banken, Behörden, Notare, Gerichte, Rechtsanwälte, Kranken- und Pflegekassen usw.) entbinde ich diese mit meiner Unterschrift unter diesem Antrag ausdrücklich ab sofort von ihrer Schweigepflicht und stimme der Erteilung der erforderlichen Auskünfte ausdrücklich zu (§ 60 Abs. 1 Nr. 2 SGB I; § 117 SGB XII).
- Das Sozialamt ist befugt, bei der zuständigen Steuerbehörde die Kontostammdaten abzurufen, sofern ein Auskunftersuchen an mich und meine(n) Partner/in für die Überprüfung der Anspruchsvoraussetzungen nicht zum Ziel geführt haben oder keinen Erfolg versprechen (§ 93 Abs. 8 Abgabenordnung).
- Die **Verpflichtung zur Mitwirkung** ergibt sich aus § 60 Abs. 1 Sozialgesetzbuch Erstes Buch (SGB I). **Sofern ich dieser Obliegenheit nicht nachkomme, kann die beantragte Hilfe nach § 66 Abs. 1 SGB I ganz oder teilweise versagt werden.**

- Sollten aufgrund falscher oder fehlender Angaben Sozialhilfeleistungen zu Unrecht bewilligt werden, sind diese zu erstatten. Dieses Fehlverhalten kann eine strafrechtliche Verfolgung nach sich ziehen. Auch der Versuch ist strafbar (§ 263 Strafgesetzbuch).

In Ihrem eigenen Interesse möchten wir Sie bitten, die jeweiligen Unterlagen zu Ihren Angaben mit dem Antrag zusammen zuzusenden. Sie tragen dadurch zu einer zeitnahen Bearbeitung bei und verringern den Umfang von Nachfragen

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben **vollständig und wahr** sind. Es ist mir bekannt, dass ich wegen unvollständiger oder unwahrer Angaben strafrechtlich verfolgt werden kann (§ 238 StGB – Betrug) und zu Unrecht erhaltene Leistungen erstatten muss. Ich bin verpflichtet wahrheitsgemäße Angaben über meinen Ehegatten / Lebenspartner / Partner und meine Haushaltsangehörigen zu tätigen (§ 60 Abs. 1 Nr. 2 SGB I). Über die Folgen **fehlender Mitwirkung** bin ich belehrt worden (§ 66 SGB I).

(Ort, Datum)

(Unterschrift der nachfragenden Person)

(ggf. Unterschrift Partner/in)

oder gegebenenfalls:

(Unterschrift des Betreuers, Bevollmächtigten)