

**An**

Landkreis Rotenburg (Wümme)  
 Sozialamt  
 Amtsallee 7  
 27432 Bremervörde

Antragseingang

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

Name der/des Verstorbenen:	Geburtsdatum der/des Verstorbenen:	Sterbedatum der/des Verstorbenen:
	Geburtsort:	Sterbeort:

**Bitte Nachweise einreichen!**

**I. Angaben zur/zum Antragsteller(in) und deren/dessen Ehepartner(in)/Partner(in) in eheähnlicher Gemeinschaft**

	Antragsteller(in)	Ehepartner(in)/Partner(in)
Name, Vorname		
Geburtsdatum		
Wohnanschrift		
Familienstand		
Verwandtschaftsverhältnis zur/zum Verstorbenen		
Telefonnummer für Rückfragen		

**1. Einkommen (alle Angaben in €)**

Rente		
Arbeitslosengeld I/II		
Elterngeld		
Erwerbseinkommen		
BAföG/BAB		
Unterhalt/Unterhaltsvorschuss		
Krankengeld		
Kindergeld		
Sozialhilfe		
Grundsicherung		
Wohngeld		
Einkommen aus Vermietung und Verpachtung		
Sonstiges (bitte näher bezeichnen)		

## 2. Vermögen (alle Angaben in €)

	Antragsteller(in)	Ehepartner(in)/Partner(in)
Haus- und Wohneigentum		
Grundstücke		
Kraftfahrzeug (Baujahr/Typ/Tachostand)		
Sparguthaben		
Bargeld/Girokontoguthaben		
Bausparguthaben		
aktuelle(r) Rückkaufswert/Überschussbeteiligung Lebensversicherung		
Wertpapiere/Aktien/Fondsanteile		
Sonstige Kapitalanlagen		

## 3. Monatliche Wohnkosten (aktuelle Miethöhe im Original belegen)

Zahl der Personen in der Wohnung		
Grundmiete		€
Betriebskosten (ohne Heizung)		€
Heizkosten/Art der Heizung:		€
<b>Monatliche Belastung bei Wohneigentum</b>		Kosten pro Monat
Schuldzinsen (ohne Tilgung)		_____ €
Grundsteuer B		_____ €
Gebäudeversicherung		_____ €
Müllgebühren		_____ €
Wasser-/Abwasserkosten		_____ €
Schornsteinfegergebühren		_____ €
Straßenreinigungsgebühren		_____ €
Sonstige		_____ €
		_____ €
		_____ €
		_____ €
<b>- bitte alles belegen! -</b>		_____ €
<b>Gesamtkosten</b>		€

## 4. Eigenheimzulage

Eigenheimzulage		€
-----------------	--	---

### 5. Monatliche Belastungen/Versicherungen (Nachweise einreichen)

	Antragsteller(in)	Ehepartner(in)/Partner(in)
Unterhaltsverpflichtungen	€	€
Hausratversicherung	€	€
Haftpflichtversicherung	€	€
Sonstige Belastungen (bitte näher bezeichnen)	_____ €	_____ €
	_____ €	_____ €
	_____ €	_____ €
	_____ €	_____ €
	_____ €	_____ €
<b>- bitte alles belegen! -</b>		
<b>Gesamtkosten</b>	€	€

### 6. Kinder und weitere Haushaltsangehörige der/des Antragsteller(in)s

Name, Vorname (bei weiteren Angehörigen bitte Zusatzblatt verwenden)	Geburtsdatum	Verwandtschafts- oder sonstiges Verhältnis zur/zum Antragsteller(in)	wohnhaft im Haushalt der/des Antragsteller(in)s?	vom/von Antragsteller(in)/Ehe- oder Lebenspartner(in) 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	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

### II. Angaben zur/zum Verstorbenen

Name, Vorname(n)	
<b>Todesursache</b> <input type="checkbox"/> natürlicher Tod <input type="checkbox"/> Tod durch Verkehrsunfall; Verursacher (Name, Vorname, Anschrift): _____ _____ <input type="checkbox"/> Tod durch Fremdeinwirkung; Verursacher (Name, Vorname, Anschrift): _____ _____	
Letzte Anschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Wohnort)  Stationäre Unterbringung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, von _____ bis _____

Wurde Sozialhilfe bezogen?  Wenn ja, zuletzt bis zu welchem Zeitpunkt und von welchem Sozialamt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja  bis: _____  Sozialamt: _____	
<b>Zuletzt bezogenes Einkommen</b>	<b>Art des Einkommens</b>	<b>Höhe des Einkommens</b>
	€	€
	€	€
	€	€
	€	€

<b>Vermögen</b>	<b>Art des Vermögens</b>	<b>Höhe des Vermögens</b>
Wurde ein Testament hinterlassen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> noch nicht bekannt	<b>Bargeldbestand</b> (z. B. Sparbuch, Wertpapiere, Aktien u. ä.)	€
Wurde das Erbe ausgeschlagen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<b>Sonstiges Vermögen (Art angeben)</b>	€
Wurde ein Erbschein beantragt? <input type="checkbox"/> ja (wann? _____) <input type="checkbox"/> nein	<b>Versicherungsleistungen</b> (z. B. Lebensversicherung, Sterbegeldversicherung, Unfallversicherung)	€
	<b>Wert des Nachlasses</b> (z. B. Immobilien, Gemälde, Münz-/Briefmarkensammlung, PKW u. ä.)	€
	<b>Sonstiges (bitte näher bezeichnen)</b>	€

**Mögliche Erben und Angehörige der/des Verstorbenen (Ehegatte, Kinder, Eltern, Geschwister, Enkelkinder, Großeltern, Partner aus eheähnlicher Lebensgemeinschaft)**

<b>Name, Vorname</b> (bei weiteren Erben bitte Zusatzblatt verwenden)	<b>Geburtsdatum</b>	<b>Anschrift</b> (Straße, Haus-Nr., PLZ, Wohnort)	<b>Verwandtschaftsverhältnis zur/zum Verstorbenen</b>

### III. Angaben zur Bestattung/Zahlung/Datenschutz

In welcher Form wird bzw. wurde die Bestattung durchgeführt?

- keine Aufbahrung und keine Trauerfeier
- nur mit Trauerfeier
- nur mit Aufbahrung
- mit Aufbahrung und mit Trauerfeier

#### Besondere Mitteilungen oder Hinweise der/des Antragsteller(in)s 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 dass 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 Folgen fehlender Mitwirkung (§ 60 ff. SGB I) bin ich/sind wir hingewiesen worden. Eine Folge könnte sein, dass die Hilfe versagt wird. Fehlende Mitwirkung heißt, dass die Aufklärung des Sachverhalts erschwert wird, Unterlagen nicht beigebracht oder nicht genügend Selbsthilfe erkennbar ist.

Ich/Wir ermächtigen den Landkreis Rotenburg (Wümme) - soweit dies für die Hilfegewährung erforderlich sein sollte - Akten anderer Träger der Sozialhilfe und sonstiger Sozialleistungsträger, Behörden und öffentlicher Stellen einzusehen, von denen ich/wir Leistungen erhalten habe(n) oder erhalte(n).

- Ich/Wir erkläre(n) hiermit mein/unser Einverständnis, dass bei Übernahme der Kosten der Bestattung unter angemessenen sozialhilferechtlichen Aspekten durch den Landkreis Rotenburg (Wümme) die benötigten Kosten an Bestattungsinstitute und Friedhofsverwaltungen ausgezahlt werden.
- Die Bestattung wurde bereits vollständig gezahlt. Ich bitte die Sozialhilfe auf folgendes Konto zu überweisen:

IBAN: \_\_\_\_\_

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_

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