

Antrag auf Übernahme von Bestattungskosten nach § 74 SGB XII

Wissenschaftsstadt
Darmstadt



Amt für Soziales und Prävention

Postfach 11 10 61
64295 Darmstadt

Der Magistrat

Ich/Wir beantrage(n) die Übernahme der Bestattungskosten für:

Name, Vorname	
Geburtsdatum:	
Geburtsort:	
Straße, Hausnummer:	
PLZ, Wohnort:	
Verstorben am:	(bitte Kopie der Sterbeurkunde vorlegen)
Sterbeort:	

Trat der Tod infolge einer Gewalt- oder Straftat ein? ja nein

Trat der Tod infolge eines Unfalls mit Drittverschulden ein? ja nein

Höhe der Bestattungskosten (Bitte Belege beifügen): €.

1. Angaben zu den zur Bestattung verpflichteten Personen

Verpflichtet sind:

- die vertraglich Verpflichteten (z.B. Altenteilsvertrag, Schenkungsvertrag)
- der Vater eines nichtehelichen Kindes beim Tod der Mutter infolge der Schwangerschaft oder Entbindung (§ 1615 m BGB)
- die Erben (§ 1968 BGB) bzw. Vermächtnisnehmer/innen (§ 2147 BGB)
- die Unterhaltsverpflichteten nach den Bestimmungen des BGB
- die Angehörigen, die nach § 13 des Hessischen Gesetzes über das Friedhofs- und Bestattungswesen verpflichtet sind. Angehörige im Sinne dieses Gesetzes sind der/die Ehegatte/in oder der/die Lebenspartner/in nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz, Kinder, Eltern, Großeltern, Enkel und Geschwister, Adoptiveltern und -kinder.

Bitte geben Sie nachfolgend die persönlichen Daten der Verpflichteten nach a.) – e.) an:

Name, Vorname	Geburtsdatum	Anschrift	Stellung zum/zur Verstorbenen

Beauftragtes Bestattungsunternehmen:

Dort bitte auf die Antragstellung beim Amt für Soziales und Prävention hinweisen und Sozialbestattung beauftragen.

Folgende Leistungen wurden aus Anlass des Todes beantragt:

- Sterbegeld der Gewerkschaft ja, Höhe € nein
- Sterbegeld aufgrund des Bezuges einer Kriegsschadensrente (§ 292 b LAG) ja, Höhe € nein
- Bestattungsgeld aufgrund des Bezuges einer Rente nach dem BVG (§ 36) ja, Höhe € nein
- aus der gesetzlichen Unfallversicherung ja, Höhe € nein
- der Unterhaltssicherungsbehörde bei der Bestattung Wehrpflichtiger ja, Höhe € nein

2. Wirtschaftliche Verhältnisse des/der Verstorbenen

Der/Die Verstorbene hatte folgendes Einkommen:

- Arbeitslosengeld 1 oder 2 ja (Bitte Bescheid beifügen) nein
- Rente(n) ja (Bitte Bescheid beifügen) nein
- Sozialhilfe ja (Bitte Bescheid beifügen) nein
- Erwerbseinkommen ja (Bitte Bescheid beifügen) nein
- sonstiges Einkommen ja (Bitte Bescheid beifügen) nein

Bitte Kontoauszüge des letzten Monats (lückenlos in allen Seiten) vorlegen.

Verfügte der/die Verstorbene über Vermögen?

Bargeld, Bank-/Sparguthaben → <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn ja:	angelegt bei: aktueller Wert:	
Wertpapiere → <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn ja:	angelegt bei: aktueller Wert:	
Bausparvertrag → <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn ja:	abgeschlossen bei: Wert: Vertrag-Nr.:	
Lebensversicherung → <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn ja:	abgeschlossen bei: Versicherungssumme: Vertrag-Nr.: Aktueller Rückkaufswert:	
Sterbegeldversicherung → <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn ja:	abgeschlossen bei: Versicherungssumme:	
Bestattungskostenvorsorgevertrag → <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn ja:	abgeschlossen bei: Summe:	
Grundvermögen, Betriebsvermögen, landwirtschaftliches Vermögen → <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn ja:	Lage: Einheitswert: Aktueller Verkaufswert:	
sonstiges Vermögen → <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn ja:	Art: Wert:	
<input type="checkbox"/> Kraftfahrzeug → <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn ja:	Fabrikat: Baujahr: (Kilometerstand) Wert: (Kopie von Schein oder Brief vorlegen)	

Wurde vom Amtsgericht (Nachlassgericht) ein Nachlassverwalter eingesetzt?

nein ja (Wenn ja, wer:)

Ist ein Testament vorhanden?

nein ja (Wenn ja: Bitte in Kopie vorlegen)

3. Persönliche wirtschaftliche Verhältnisse des/der Verpflichteten (Antragsteller/in)

Name, Vorname:		
Geburtsdatum:		
Straße, Hausnummer:		
PLZ, Wohnort:		
Telefonnummer:		
Familienstand:	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> getrennt lebend	<input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet

Folgende Personen leben mit mir in häuslicher Gemeinschaft:

Lfd. Nr.	Name, Vorname	Geburtsdatum	Stellung zum/zur Antragsteller/in (*)
1			
2			
3			
4			
5			

(*): Kind, Ehepartner/in, Lebenspartner/in, etc.

Die monatliche Miete inklusive aller Nebenkosten (ohne Heizung) beträgt €.

Die monatlichen Heizkosten betragen €.

Aktuelle Nachweise (Mietbescheinigung, letzte Nebenkosten-/Heizkosten-Abrechnung) bitte beifügen.

Soweit Sie Haus- oder Wohnungseigentum selbst bewohnen, ist eine Aufstellung über die Kosten und Belastungen vorzulegen und nachzuweisen.

Ich/Wir habe(n) folgendes Einkommen:

Arbeitslosengeld 1 oder 2	<input type="checkbox"/> ja (Bitte Bescheid beifügen)	<input type="checkbox"/> nein
Rente(n)	<input type="checkbox"/> ja (Bitte Bescheid beifügen)	<input type="checkbox"/> nein
Sozialhilfe	<input type="checkbox"/> ja (Bitte Bescheid beifügen)	<input type="checkbox"/> nein
Kindergeld	<input type="checkbox"/> ja (Bitte Nachweis beifügen)	<input type="checkbox"/> nein
Erwerbseinkommen	<input type="checkbox"/> ja (Bitte Nachweis beifügen)	<input type="checkbox"/> nein
sonstiges Einkommen	<input type="checkbox"/> ja (Bitte Nachweis beifügen)	<input type="checkbox"/> nein

Bitte beifügen:

- aktuelle Einkommensnachweise
- die Kontoauszüge des letzten Monats vorlegen

Vom Einkommen eventuell absetzbare Beträge. (Bitte Nachweise beifügen)

Privathaftpflichtversicherung	mtl.	€	Hausrat-/Glasversicherung	mtl.	€
Altersvorsorgebeiträge	mtl.	€	Sterbeversicherung	mtl.	€
Beiträge für Berufsverbände	mtl.	€	Arbeitsmittel/Fahrtkosten zur Arbeit	mtl.	€
Belastungen für Kreditverträge	mtl.	€	davon Zinsen (bitte den Jahreskontoauszug beifügen!)	mtl.	€
Unterhaltszahlungen	mtl.	€	Für: Name, Vorname		

Bei Erzielung von Arbeitseinkommen bitte Entfernungskilometer (einfache Strecke) km oder
 Fahrtkosten für öffentliche Verkehrsmittel € und monatliche Arbeitstage angeben.

Ich/Wir habe(n) folgendes Vermögen (Bitte Nachweise beifügen):

Bargeld, Bank-/Sparguthaben → <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn ja:	angelegt bei: aktueller Wert:	
Wertpapiere → <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn ja:	angelegt bei: aktueller Wert:	
Bausparvertrag → <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn ja:	abgeschlossen bei: Wert: Vertrag-Nr.:	
Lebensversicherung → <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn ja:	abgeschlossen bei: Versicherungssumme: Vertrag-Nr.: Aktueller Rückkaufswert:	
Sterbegeldversicherung → <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn ja:	abgeschlossen bei: Versicherungssumme:	
Bestattungsvorsorgevertrag → <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn ja:	abgeschlossen bei: Summe:	
Grundvermögen, Betriebsvermögen, landwirtschaftliches Vermögen → <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn ja:	Lage: Einheitswert: Aktueller Verkaufswert:	
sonstiges Vermögen → <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn ja:	Art: Wert:	
<input type="checkbox"/> Kraftfahrzeug → <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn ja:	Fabrikat: Baujahr: (Kilometerstand) Wert: (Kopie von Schein oder Brief vorlegen)	

Erbausschlagung

Ich/Wir habe(n) das Erbe des/der Verstorbenen ausgeschlagen. (Bitte Nachweis beifügen)

Ich/Wir erteile/n mein/unser Einverständnis, dem Grünflächenamt der
 Wissenschaftsstadt Darmstadt und ggf. dem Krematorium Waldfrieden von der
 Antragstellung zu unterrichten.

Einen eventuell zu leistenden Bestattungskostenzuschuss bitte ich wie folgt auszuzahlen:

Der Zuschuss soll direkt an die Gläubiger (Bestatter, Friedhofsverwaltung) ausgezahlt werden.

Der Zuschuss soll auf das Konto von:

Name des/der Konto- inhabers/in	Konto-Nr.	BLZ	Name und Sitz des Geldinstituts

überwiesen werden, da diese Person für die Bestattungskosten in Vorleistung
 getreten ist.

Ich versichere/Wir versichern, dass die nachfolgend gemachten Angaben in allen Teilen vollständig sind und der Wahrheit entsprechen. Mir/Uns ist bekannt, dass ich mich/wir uns durch unvollständige Angaben strafbar mache(n) und zu Unrecht bezogene Leistungen ersetzen muss/ müssen. Mir/Uns ist bekannt, dass ich/wir zur Mitwirkung (vor allem beim vollständigen Ausfüllen dieses Antrages und der Vorlage der erforderlichen Nachweise) verpflichtet bin/sind und der Antrag ganz oder teilweise abgelehnt werden kann, wenn ich/wir meiner/unserer Mitwirkungsverpflichtung nicht nachkomme(n).

, den

Unterschrift(en) Antragsteller/in

Hinweise zum Antrag auf Übernahme von Bestattungskosten

Sehr geehrte Antragstellerin, sehr geehrter Antragsteller,

diese Hinweise sollen Ihnen den Antrag auf Übernahme von Bestattungskosten erleichtern. Dennoch wird es vielfach erforderlich werden, weitere Nachweise zu erbringen, da die Voraussetzungen für eine Leistung durch den Sozialhilfeträger so umfangreich sind, dass nicht alle Konstellationen mit dieser Information abgedeckt werden können. Wir bitten in diesem Fall daher bereits jetzt um Ihr Verständnis.

1. Der Antrag ist vollständig, mit allen Nachweisen, an die Wissenschaftsstadt Darmstadt, der Magistrat, Amt für Soziales und Prävention, Sachgebiet Wirtschaftliche Hilfen, Frankfurter Straße 71, 64293 Darmstadt zu richten.
2. Der Antragsteller ist dazu verpflichtet, alle Angehörigen und im Haushalt lebenden Familienmitglieder vollständig anzugeben.
3. Der Antragsteller ist verpflichtet, vollständige Angaben über die Art und Höhe seines Einkommens und Vermögens zu machen.
4. Der Antrag kann nur vollständig ausgefüllt mit den dazugehörigen Nachweisen der Antragsteller bearbeitet werden.
5. Der Antragssteller soll, soweit bekannt, alle zur Übernahme der Bestattungskosten Verpflichtete nennen.

Hierzu gehören **Ehegatten, Verwandte 1. Grades (Eltern, Kinder), Adoptiveltern und -kinder, Erben und vertraglich zur Tragung der Bestattungskosten verpflichtete Personen.**

6. Der/ Die Bestattungspflichtige/n ist/sind gemäß § 60 Sozialgesetzbuch, Erstes Buch (SGB I) zur Mitwirkung verpflichtet.
Gemäß § 66 SGB I kann der Sozialhilfeträger die Leistung versagen, wenn sie Ihrer Mitwirkungspflicht nicht nachkommen.
7. Eine Leistung kommt grundsätzlich nur in Betracht wenn:
 - ⇒ die Kosten der Bestattung unter sozialhilferechtlichen Aspekten angemessen sind,
 - ⇒ die/ der Verstorbene keinen (ausreichenden) Nachlass hinterlassen hat,
 - ⇒ Sie nicht in der Lage sind, die Kosten aus eigenen Mitteln zu tragen,
 - ⇒ Es keine anderen Personen gibt, die zur Leistung verpflichtet sind.

Die Auslösung einer Bestattung ist eine privatrechtliche Angelegenheit und muss durch den Verpflichteten ausgelöst werden.

Den vollständig ausgefüllten Antrag schicken Sie bitte zusammen mit allen benötigten
Unterlagen an:

Wissenschaftsstadt Darmstadt
Der Magistrat
Amt für Soziales und Prävention
Sachgebiet Wirtschaftliche Hilfen
Frankfurter Straße 71
64293 Darmstadt