

Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ausfüllen!

Landratsamt Zwickau Sozialamt Werdauer Straße 62 08056 Zwickau	Antrag auf Übernahme der Bestattungskosten gemäß § 74 Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch (SGB XII)	Antragseingang
---	---	----------------

Name der/des Verstorbenen

Geburtsdatum der/des Verstorbenen Geburtsort der/des Verstorbenen

Sterbedatum der/des Verstorbenen Sterbeort der/des Verstorbenen

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

	Nachfragende Person	Lebens-/Ehepartner(in)
Name, Vorname		
Geburtsdatum, Geburtsort		
Wohnanschrift		
Familienstand		
Verwandtschaftsverhältnis zur/zum Verstorbenen		
Telefonnummer für Rückfragen		
Staatsangehörigkeit/ Aufenthaltstitel		

1. Einkommen (alle Angaben in €)

	zusätzliche Angaben	Betrag in €	zusätzliche Angaben	Betrag in €
Erwerbseinkommen				
Einkommen aus selbstständiger Tätigkeit				
Arbeitslosengeld I bzw. II				
Renten jeglicher Art				
Krankengeld				
Sozialhilfe/Grundsicherung				
Erziehungsgeld				
BAföG/ Berufsausbildungsbeihilfe				
Kindergeld				
Wohngeld/Lastenzuschuss				
Einkommen aus Vermietung und Verpachtung				
Sonstiges (bitte näher bezeichnen)				

Antrag auf Bestattungskosten
Stand Juni 2021

2. Vermögen (alle Angaben in €)				
Girokonto	siehe Formblatt Vermögensverhältnisse A 1 (Bitte ausfüllen, unterschreiben und einreichen.)			
Bargeld				
Sparguthaben				
Anlagevermögen				
Sonstige Vermögen				
Wurden von Ihnen in den letzten 10 Jahren Vermögenswerte veräußert, verschenkt oder übergeben? ja nein	Wann		Wert	
	An wen			

3. Wohnkosten in € (Miete bzw. Hauslasten)	
Anzahl der Bewohner - Wohnung/Haus	
monatliche Grundmiete	
monatliche Betriebskosten (ohne Heizung)	
monatliche Heizkosten/Art der Heizung	€/
Sind in den Heizkosten - Kosten f. Warmwasserbereitung oder - Kochfeuer enthalten?	ja nein ja nein
Hauseigentum/Eigentumswohnung (jährl. Kosten)	Siehe Formblatt Hauslastenermittlung A 5 (Bitte ausfüllen, unterschreiben und einreichen.)

4. Eigenheimzulage	
Eigenheimzulage in €	

5. Monatliche Belastungen				
	Nachfragende Person		Lebens-/Ehepartner(in)	
	zusätzliche Angaben	Betrag in €	zusätzliche Angaben	Betrag in €
Unterhaltsverpflichtungen				
Hausratversicherung				
Haftpflichtversicherung				
Unfallversicherung				
Kfz-Haftpflichtversicherung				
Sonstiges (Bitte näher bezeichnen)				

Kinder und weitere Haushaltsangehörige der nachfragenden Person				
Name, Vorname	Geburtsdatum	Verwandtschafts- oder sonstiges Verhältnis zur/ zum Antragsteller(in)	Art des Einkommens	Höhe des Einkommens in Euro

Besondere Begründungen, Mitteilungen bzw Hinweise zum Antrag:

II. Angaben zur/zum Verstorbenen	
evtl. Betreuer; (Name und Anschrift)	
Todesursache: natürlicher Tod	Tod durch Verkehrsunfall
Verursacher: Name, Vorname	Tod durch Fremdeinwirkung
Anschrift	
Letzte Anschrift des Verstorbenen (Str, Nr., PLZ Wohnort)	
Heimunterbringung/ ambulant betreutes Wohnen	Ja
	Nein
Wurden Leistungen vom Sozialamt bezogen?	Ja
	Nein
Wenn ja, von welchem Sozialamt?	
Wurden Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz bezogen?	Ja
	Nein
Art und Höhe des Einkommens des Verstorbenen	

Nachlass**Wurde ein Testament hinterlassen?**

Ja

Nein

noch nicht bekannt

Wurde bzw. wird das Erbe gegenüber dem Nachlassgericht ausgeschlagen?

Ja

Nein

Wurde bzw. wird ein Erbschein beantragt?

Ja (wann?) _____

Nein

Art des Nachlasses		Höhe des Nachlasses
Bargeldbestand		
Girokonto		
Sparbuch		
Sonstiges		

Versicherungsleistungen

	zusätzliche Angaben	Betrag in €
Lebensversicherung (Begünstigte/r)		
Unfallversicherung (Begünstigte/r)		
Sterbegeldversicherung (Begünstigte/r)		
Bausparvertrag (Begünstigte/r)		
Guthaben aus Mietkaution/ Genossenschaftsanteilen		
Sonstiges Vermögen (bitte näher bezeichnen) (z.B. Grundbesitz, Pkw, Wertgegenstände)		

Mögliche Erben und Angehörige der/des Verstorbenen

(Ehegatte, Kinder, Eltern, Geschwister, Enkelkinder, Großeltern)

Name, Vorname	Geburtsdatum	Verwandtschaftsverhältnis zur/zum Verstorbenen

Erklärung der nachfragenden Person

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 die Folge fehlender Mitwirkung (§ 60 ff. SGB I) bin ich/sind wir hingewiesen worden. Eine Folge könnte sein, die Leistungen zu versagen. Fehlende Mitwirkung heißt, dass die Aufklärung des Sachverhalts erschwert wird, Unterlagen nicht beigebracht oder nicht genügend Selbsthilfe erkennbar ist.

Das Informationsblatt zum Datenschutz habe ich erhalten.

Bankverbindung (Die mir gewährten Leistungen bitte ich auf folgendes Konto zu überweisen.)

Name Kontoinhaber	
Name Kreditinstitut	
IBAN	

Datum

Unterschrift der nachfragenden Person

Unterschrift Ehe-/Lebenspartner(in)