

**Landeshauptstadt Potsdam**  
**Fachbereich Soziales und Gesundheit**  
**- Gesundheitssoziale Dienste -**  
**Hegelallee 6-10 (Haus 2)**  
**14467 Potsdam**

**Antragseingang**

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

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

**Nachweise einreichen!**

**I. Angaben zum Antragsteller und dessen Ehepartner / Partner in eheähnlicher Gemeinschaft**

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

**1. Einkommen (Alle Angaben in €)**

Rente		
ALG I / ALG II		
Erziehungsgeld		
Erwerbseinkommen		
BAföG / BAB		
Unterhalt / Unterhaltsvorschuss		
Krankengeld		
Kindergeld/ -zuschuss		
Sozialhilfe		
Grundsicherung		
Wohngeld/ Lastenzuschuss		
Einkommen aus Vermietung und Verpachtung		
Sonstiges (bitte näher bezeichnen)		

**2. Vermögen (Alle Angaben in €)**

	Antragsteller(in)	Lebens-/Ehepartner(in)
Haus- und Wohneigentum		
Grundstücke		
Kraftfahrzeug (Baujahr und Typ)		
Sparguthaben		
Bargeld / Girokontoguthaben		
Bausparguthaben		
Rückkaufwerte Versicherungen		
Wertpapiere / Aktien / Fondsanteile		
sonstige Kapitalanlagen		

**3. Monatliche Wohnkosten (Mietvertrag im Original vorlegen)**

Zahl der Personen in der Wohnung		
Grundmiete		_____ €
Betriebskosten (ohne Heizung)		_____ €
Heizkosten / Art der Heizung:		_____ €
Sind in den Heizkosten - Kosten für Warmwasserbereitung oder - Kochfeuerung enthalten?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Welche?
<b>Monatliche Belastung bei Wohneigentum</b>		Kosten pro Monat
Schuldzinsen (ohne Tilgung)		_____ €
Grundsteuer B		_____ €
Gebäudeversicherung		_____ €
Müllgebühren		_____ €
Wasser- / Abwasserkosten		_____ €
Schornsteinfegergebühren		_____ €
Straßenreinigungsgebühren		_____ €
Sonstige		_____ €
		_____ €
		_____ €
<i>- bitte alles belegen! -</i>		_____ €
<b>Gesamtkosten</b>		_____ €

**4. Eigenheimzulage**

Eigenheimzulage	_____ €	
-----------------	---------	--

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

	Antragsteller(in)	Lebens-/Ehepartner(in)
Unterhaltsverpflichtungen		_____ €
Hausratversicherung		_____ €
Haftpflichtversicherung		_____ €
sonstige Belastungen (bitte näher bezeichnen)		_____ €
		_____ €
		_____ €
		_____ €
<i>- bitte alles belegen -</i>		_____ €
<b>Gesamtkosten</b>		_____ €

**II. Angaben zur/zum Verstorbenen**

<b>Name, Vorname(n)</b>			
<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): _____ _____ _____			
<b>Geburtsdatum</b>	<b>Geburtsort</b>	<b>Sterbedatum</b>	<b>Sterbeort</b>
<b>Letzte Anschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Wohnort)</b>			
<b>Stationäre Unterbringung</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein    wenn ja, von ..... bis .....			
<b>Wurde Sozialhilfe bezogen?</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
<b>wenn ja, zuletzt bis zu welchem Zeitpunkt und von welchem Sozialamt?</b> bis: .....    Sozialamt: .....			
<b>Zuletzt bezogenes Einkommen</b>	<b>Art des Einkommens</b>		<b>Höhe des Einkommens</b>

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

### 1. Kinder und weitere Haushaltsangehörige des Antragstellers

Name, Vorname	Geburts-Datum	Verwandtschafts- oder sonstiges Verhältnis zum Antragsteller	wohnhaft im Haushalt des Antragstellers?	vom Antragsteller/ Ehe- oder Lebenspartner 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
			<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

**Besondere Begründung des Antrags**

--

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

<b>Name, Vorname</b>	<b>Geburts-Datum</b>	<b>Anschrift (Straße Haus-Nr., PLZ, Wohnort</b>	<b>Verwandtschafts- Verhältnis zur/zum Verstorbenen</b>

## Besondere Mitteilungen oder Hinweise des Antragstellers 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 ist 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 Hilfe zu versagen. Fehlende Mitwirkung heißt, dass die Aufklärung des Sachverhalts erschwert wird, Unterlagen nicht beigebracht oder nicht genügend Selbsthilfe erkennbar ist.

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

### Belehrung

Ich habe im Rahmen der Belehrung zur Übernahme von Bestattungskosten gemäß § 74 Sozialgesetzbuch, Zwölftes Buch (SGB XII) das Merkblatt zum Antrag auf Übernahme von Bestattungskosten gemäß § 74 SGB XII in der Landeshauptstadt Potsdam mit den Ausführungen zum erforderlichen Umfang und den angemessenen Kosten einer in Potsdam würdigen Sozialbestattung erhalten.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

### Einverständniserklärung

Ich, Frau/ Herr \_\_\_\_\_, geboren am \_\_\_\_\_,  
wohnhaft in: \_\_\_\_\_

bin einverstanden, dass die bewilligte Sozialhilfeleistung nach dem Sozialgesetzbuch, Zwölftes Buch (SGB XII), 9. Kapitel - Hilfe in anderen Lebenslagen gemäß § 74 SGB XII - Übernahme von Bestattungskosten - direkt an die Gläubiger überwiesen wird.  
Gläubiger können u. a. sein: Bestattungsinstitute, Krematorien, Friedhofsverwaltungen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift