

<input type="checkbox"/> Bezirksamt Steglitz-Zehlendorf Geschäftsbereich Soziales <input type="checkbox"/> Landesamt für Flüchtlinge - LAF -		Die Beantwortung aller Fragen ist für die Bearbeitung Ihres Antrages unerlässlich. Die Rechtsgrundlage für die Datenerhebung bildet im Rahmen des SGB XII § 67 Abs. 1 und 2 SGB X, im Rahmen des AsylbLG § 13 BDSG, jeweils in Verbindung mit §§ 60 bis 65 SGB I. Die erforderlichen Angaben werden als personengebundene Daten im Sinne des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) sowie des Berliner Datenschutzgesetzes (BlnDSG) gespeichert und behandelt.	
Antrag auf Übernahme von Bestattungskosten		<input type="checkbox"/> nach § 74 SGB XII <input type="checkbox"/> nach § 23 SGB XII <input type="checkbox"/> nach § 2 AsylbLG i.V.m. § 74 SGB XII <input type="checkbox"/> nach § 6 AsylbLG	Zutreffendes bitte ankreuzen <input checked="" type="checkbox"/> und ausfüllen
Art der Hilfe: <input type="checkbox"/> innerhalb von Einrichtungen <input type="checkbox"/> außerhalb von Einrichtungen		Sofern der vorgegebene Raum nicht ausreicht, machen Sie Ihre Angaben bitte auf einem gesonderten Blatt	
I. Antragsteller/in (Personenziffer 1)		Im Haushalt lebende/r Ehegatte / Lebenspartner/in (Personenziffer 2)	
Name, ggf. Geburtsname, Vorname		Name, ggf. Geburtsname, Vorname	
Geburtsdatum	Geburtsort/Kreis/Land	Geburtsdatum	Geburtsort/Kreis/Land
Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich		Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	
Familienstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> eheähnliche Gemeinschaft <input type="checkbox"/> dauernd getrennt lebend <input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet seit _____		Familienstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> eheähnliche Gemeinschaft <input type="checkbox"/> dauernd getrennt lebend <input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet seit _____	
Bankverbindung Geldinstitut			
Kontonummer	Bankleitzahl	Kontoinhaber	
IBAN		BIC	
Zuletzt Leistungen der Sozialhilfe erhalten <input type="checkbox"/> am _____ <input type="checkbox"/> in Höhe von rd. _____ mtl. → <input type="checkbox"/> Ich habe noch nie Leistungen der Sozialhilfe bezogen.		Bitte weiter im Antrag ab Ziffer VI.	Dienststelle und GeschZ.
II. Unterkunft (bitte Nachweise beifügen)			
Anschrift			
Telefon (freiwillige Angabe)	Telefax (freiwillige Angabe)	E-Mail (freiwillige Angabe)	
Größe der Wohnung / Unterkunft	Anzahl der Wohnräume (ohne Bad, Küche)	Fläche in qm	Wohneigentum? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Bitte Anlage 3 -Grundbesitz- beifügen

Miete insgesamt (EUR/Monat)	Warmwasserkosten (EUR/Monat)	Heizkosten (EUR/Monat)		
III. Weitere im Haushalt lebende Personen (ggf. auf gesondertem Blatt fortsetzen)				
Personenziffer 3	Personenziffer 4	Personenziffer 5	Personenziffer 6	Personenziffer 7
Name	Name	Name	Name	Name
Vorname	Vorname	Vorname	Vorname	Vorname
Geburtsdatum	Geburtsdatum	Geburtsdatum	Geburtsdatum	Geburtsdatum
Familienstand	Familienstand	Familienstand	Familienstand	Familienstand
Verwand mit Antragsteller/in? <input type="checkbox"/> ja, <input type="checkbox"/> nein	Verwand mit Antragsteller/in? <input type="checkbox"/> ja, <input type="checkbox"/> nein	Verwand mit Antragsteller/in? <input type="checkbox"/> ja, <input type="checkbox"/> nein	Verwand mit Antragsteller/in? <input type="checkbox"/> ja, <input type="checkbox"/> nein	Verwand mit Antragsteller/in? <input type="checkbox"/> ja, <input type="checkbox"/> nein
IV. Besondere Belastungen der im Haushalt lebenden Personen in EUR (z. B. Hausrat-, Lebens- u. a. Versicherungen, Beiträge zur Altersvorsorge) (ggf. auf gesondertem Blatt fortsetzen)				
Name, Vorname / Personenziffer	Art der Ausgaben	Betrag in EUR	Zahlungszeitraum (viertel-, halb-, jährlich, monatlich / wöchentlich)	
V. Einkünfte aller im Haushalt lebenden Personen (bitte entsprechende Nachweise beifügen!) (ggf. auf gesondertem Blatt fortsetzen)				
Name, Vorname / Personenziffer	Art der Einkünfte (z. B. Erwerbseinkommen, Rente, Unterhalt)	Einkommenshöhe in EUR (monatlich)		
VI. Zu erwartende Leistungen				
Sind Leistungen beantragt, über die noch nicht entschieden ist?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Wenn ja: (ggf. auf gesondertem Blatt fortsetzen)				
Personenziffer	Antragsdatum	Art der Leistung	Dienststelle und Geschäftszeichen	

Werden einmalige Leistungen erwartet? (z. B. Steuerrückzahlung, Schadenersatzansprüche)		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja: (ggf. auf gesondertem Blatt fortsetzen)			
Personen-ziffer	Antrags-datum	Art der Leistung	Betrag in EUR
VII. Vermögensverhältnisse aller im Haushalt lebenden Personen (z. B. Sparguthaben, Wertpapiere, Kraftfahrzeug, Grundbesitz) (ggf. auf gesondertem Blatt fortsetzen)			
Personen-ziffer	Name, Vorname	Art des Vermögens	Betrag in EUR
VIII. Angaben zur/zum Verstorbenen			
Name, ggf. Geburtsname	Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	Familienstand	Geboren am: Gestorben am:
Letzte Wohnanschrift:		Sterbeort:	
Wovon hatte d. Verstorbene den Lebensunterhalt bestritten? (Bitte Nachweise beifügen)			
Todesart / Todesursache (z. B. natürlicher Tod)		Verkehrsunfall ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Gewaltverbrechen ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Zu Lebzeiten d. Verstorbenen gewünschte Bestattungsart	<input type="checkbox"/> Erdbestattung	<input type="checkbox"/> Feuerbestattung	<input type="checkbox"/> unbekannt
ggf. Aufbewahrungsort d. Verstorbenen:			
IX. Beantragte Kosten für die Bestattung (bei bereits erfolgter Bestattung bitte Rechnung beifügen)			
<input type="checkbox"/> Bis maximal 1.570,00 € für Bestatterleistungen (§ 74 SGB XII)	<input type="checkbox"/> Friedhofsgebühren (übernahmefähige)	<input type="checkbox"/> Krematoriumsgebühren	<input type="checkbox"/> Kosten für den Leichenschauschein
Sonstige Kosten:	<input type="checkbox"/> Überführungskosten (Sterbeort nicht in Berlin) <input type="checkbox"/> Kosten für Träger (wenn vom Friedhof nicht gestellt) <input type="checkbox"/> Kosten für eine Trauerfeier (Friedhofshalle/kapelle) <input type="checkbox"/> Kosten für eine anonyme Beisetzung		<input type="checkbox"/> andere sonstige Kosten (z. B. rituelle Waschung)
Die Bestattung erfolgte auf folgendem Friedhof, weil: (bitte Grund angeben)			

<p>Die Bestattung wurde bereits veranlasst: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p>Die Bestattung wurde bereits durchgeführt: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p>Wenn ja: Name und Anschrift des Bestattungsinstituts: <input style="width: 100%;" type="text"/></p>	<input type="checkbox"/> Mit Schreiben des Gesundheitsamtes vom <input style="width: 100%;" type="text"/> (bitte beifügen) habe ich Kenntnis davon erhalten, dass die Bestattung bereits im Rahmen des Ordnungsrechts veranlasst wurde.
---	--

Grund der Verpflichtung zum Tragen der Bestattungskosten (z. B. Erbe o. a.):

X. Angaben zur Erbschaft

Sind Sie Erbe d. Verstorbenen? ja nein

Gibt es Miterben? ja nein

Wenn ja, Namen, Vornamen und Anschriften der Miterben (ggf. auf gesondertem Blatt fortsetzen)

	Name	Vorname	Anschrift
1)	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
2)	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
3)	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
4)	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>

Haben Sie das Erbe ausgeschlagen? ja nein

Wenn ja, bei welcher Stelle? (Bitte Nachweise vorlegen)

Werden Sie das Erbe ausschlagen? ja nein

Haben Miterben das Erbe ausgeschlagen? ja nein unbekannt

Wenn ja, welche der o. g. Miterben

XI. Nachlass / einzusetzende zugeflossene bzw. zufließende Mittel

Mir ist bekannt, dass ich alle Mittel einzusetzen habe, die mir und den weiteren Antrag stellenden Personen durch den Tod d. Verstorbenen zugeflossen sind bzw. zufließen werden.

Sind Ihnen Nachlassmittel bekannt (z. B. Bargeld, ja nein unbekannt
 Kontoguthaben, Wertpapiere, Lebensversicherung, Grundbesitz u. s. w.)?

Wenn ja, welche und in welcher Höhe?
 EUR

XII. Bestattungsvorsorge

Besteht bzw. bestand ein ja nein unbekannt

Bestattungsvorsorgevertrag bzw. eine Vereinbarung?

Wenn ja, bei welchem Bestattungsinstitut? (Name und Anschrift)

Aus Anlass des Ablebens sind folgende Ansprüche entstanden bzw. fällig geworden:

Sterbegeld der gesetzlichen Unfallversicherung

private Sterbeversicherung

Lebensversicherung Bezugsberechtigter: _____

es sind keine Ansprüche entstanden

XIII. Angehörige d. Verstorbenen (ggf. auf gesondertem Blatt fortsetzen; ggf. „ist bereits verstorben“ eintragen)

Ehegatte/Lebenspartner/in

Name, ggf. Geburtsname, Vorname _____	Geburtsdatum _____	Anschrift _____	verpflichtet als _____	stellt Antrag <input type="checkbox"/>	zahlt Anteil selbst <input type="checkbox"/>
--	-----------------------	--------------------	---------------------------	---	---

Kinder

Name, Vorname _____	Geburtsdatum _____	Anschrift _____	verpflichtet als _____	stellt Antrag <input type="checkbox"/>	zahlt Anteil selbst <input type="checkbox"/>
------------------------	-----------------------	--------------------	---------------------------	---	---

Name, Vorname _____	Geburtsdatum _____	Anschrift _____	verpflichtet als _____	stellt Antrag <input type="checkbox"/>	zahlt Anteil selbst <input type="checkbox"/>
------------------------	-----------------------	--------------------	---------------------------	---	---

Name, Vorname _____	Geburtsdatum _____	Anschrift _____	verpflichtet als _____	stellt Antrag <input type="checkbox"/>	zahlt Anteil selbst <input type="checkbox"/>
------------------------	-----------------------	--------------------	---------------------------	---	---

Name, Vorname _____	Geburtsdatum _____	Anschrift _____	verpflichtet als _____	stellt Antrag <input type="checkbox"/>	zahlt Anteil selbst <input type="checkbox"/>
------------------------	-----------------------	--------------------	---------------------------	---	---

Eltern

Name, Vorname _____	Geburtsdatum _____	Anschrift _____	verpflichtet als _____	stellt Antrag <input type="checkbox"/>	zahlt Anteil selbst <input type="checkbox"/>
------------------------	-----------------------	--------------------	---------------------------	---	---

Name, Vorname _____	Geburtsdatum _____	Anschrift _____	verpflichtet als _____	stellt Antrag <input type="checkbox"/>	zahlt Anteil selbst <input type="checkbox"/>
------------------------	-----------------------	--------------------	---------------------------	---	---

Geschwister

Name, Vorname _____	Geburtsdatum _____	Anschrift _____	verpflichtet als _____	stellt Antrag <input type="checkbox"/>	zahlt Anteil selbst <input type="checkbox"/>
------------------------	-----------------------	--------------------	---------------------------	---	---

Name, Vorname _____	Geburtsdatum _____	Anschrift _____	verpflichtet als _____	stellt Antrag <input type="checkbox"/>	zahlt Anteil selbst <input type="checkbox"/>
------------------------	-----------------------	--------------------	---------------------------	---	---

Name, Vorname _____	Geburtsdatum _____	Anschrift _____	verpflichtet als _____	stellt Antrag <input type="checkbox"/>	zahlt Anteil selbst <input type="checkbox"/>
------------------------	-----------------------	--------------------	---------------------------	---	---

Name, Vorname _____	Geburtsdatum _____	Anschrift _____	verpflichtet als _____	stellt Antrag <input type="checkbox"/>	zahlt Anteil selbst <input type="checkbox"/>
------------------------	-----------------------	--------------------	---------------------------	---	---

a = vertraglich Verpflichteter
 b = Erbe
 c = Unterhaltspflichtiger (Eltern, Kinder des Verstorbenen)
 d = nichtehelicher Vertreter gegenüber der Mutter
 e = zur Besorgung der Bestattung verpflichtet

Enkelkinder					
Name, Vorname []	Geburtsdatum []	Anschrift []	verpflichtet als []	stellt Antrag <input type="checkbox"/>	zahlt Anteil selbst <input type="checkbox"/>
Name, Vorname []	Geburtsdatum []	Anschrift []	verpflichtet als []	stellt Antrag <input type="checkbox"/>	zahlt Anteil selbst <input type="checkbox"/>
Name, Vorname []	Geburtsdatum []	Anschrift []	verpflichtet als []	stellt Antrag <input type="checkbox"/>	zahlt Anteil selbst <input type="checkbox"/>
Name, Vorname []	Geburtsdatum []	Anschrift []	verpflichtet als []	stellt Antrag <input type="checkbox"/>	zahlt Anteil selbst <input type="checkbox"/>
Großeltern					
Name, Vorname []	Geburtsdatum []	Anschrift []	verpflichtet als []	stellt Antrag <input type="checkbox"/>	zahlt Anteil selbst <input type="checkbox"/>
Name, Vorname []	Geburtsdatum []	Anschrift []	verpflichtet als []	stellt Antrag <input type="checkbox"/>	zahlt Anteil selbst <input type="checkbox"/>
Name, Vorname []	Geburtsdatum []	Anschrift []	verpflichtet als []	stellt Antrag <input type="checkbox"/>	zahlt Anteil selbst <input type="checkbox"/>
Name, Vorname []	Geburtsdatum []	Anschrift []	verpflichtet als []	stellt Antrag <input type="checkbox"/>	zahlt Anteil selbst <input type="checkbox"/>
a = vertraglich Verpflichteter b = Erbe c = Unterhaltspflichtiger (Eltern, Kinder des Verstorbenen) d = nichtehelicher Vertreter gegenüber der Mutter e = zur Besorgung der Bestattung verpflichtet					
XIV. Sonstige Angaben / Bemerkungen (z. B. über persönliche, familiäre, gesundheitliche Verhältnisse)					
XV. Bestandteil des Antrages					
<input type="checkbox"/> ist die Anlage 3 zum Antrag auf Sozialhilfe - Grundbesitz -					
XVI. Dem Antrag sind folgende Unterlagen beigelegt:					

Die Angaben im Antrag und den dazu gehörenden Anlagen habe(n) ich / wir vollständig und wahrheitsgemäß gemacht.

Ich / wir versichere / versichern, alle Tatsachen angegeben zu haben, die für die Gewährung der Leistung erheblich sind (§ 60 Abs. 1 Nr. 1 SGB I).

Ich / wir werde(n) den Träger der Leistungen (Land Berlin, vertreten durch das Bezirksamt Steglitz-Zehlendorf von Berlin, Amt für Soziales) gem. § 60 Abs. 1 Nr. 2 SGB I unverzüglich informieren, wenn

- sich meine / unsere persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse ändern,
- sich die Verhältnisse meiner / unser Haushaltsangehörigen ändern,
- ich / wir Renten oder ähnliche Leistungen beantrage(n).

Des Weiteren bin ich / sind wir hinreichend darüber informiert worden, dass im Falle eines konkreten Betrugsverdachts die Ermittlungen des Sachverhalts gemäß §§ 20, 21, 69 und 71 SGB X von Amts wegen - ohne meine Beteiligung - erfolgen können.

Leistungen werden von mir / von uns zurückgefordert, sofern ich / wir sie zu Unrecht erhalten habe(n), z.B. weil ich / wir vorsätzlich oder grob fahrlässig falsche Angaben gemacht habe(n).

- Mein / unser Girokonto ist kein Pfändungsschutzkonto.
- Ich / wir beantrage(n) eine vorläufige Entscheidung.
- Ich / wir wünsche(n) die Hilfe in Form von Kostenübernahmescheinen.

Die beantragten Bestattungskosten sollen bei einer endgültigen Bewilligung auf

- die Konten der jeweiligen Rechnungsstellen (Bestattungsinstitut, Friedhof, Krematorium)
- auf folgendes Konto: Kontoinhaber: _____

IBAN: _____

überwiesen werden.

Der rechtlich relevante Zeitpunkt der Prüfung des Anspruchs auf Übernahme der Bestattungskosten ist der Monat der Fälligkeit der Rechnungen. Im Regelfall kann bei Antragstellung daher nicht endgültig über einen Leistungsanspruch entschieden werden; aus diesem Grunde erfolgt die Leistungsgewährung - auf Wunsch - vorläufig. Diese vorläufige Hilfe wird vollständig auf die mir / uns zustehende Leistung angerechnet, wenn deren genaue Höhe abschließend festgestellt werden kann. Ist die vorläufig gezahlte Hilfe höher als die mir / uns tatsächlich zustehende Leistung, so ist diese in Höhe des Differenzbetrages zu erstatten.

Sollte der Träger der Sozialhilfe endgültig feststellen, dass bzgl. meines / unseres Antrags auf Übernahme der Bestattungskosten nach § 74 SGB XII unter Berücksichtigung meiner / unserer Einkommens- und Vermögensverhältnisse keinerlei Leistungsanspruch besteht, so ist die vorläufig gewährte Leistung vollständig zurückzuzahlen.

Das Infoblatt „Informationen zum Antrag auf Übernahme der Bestattungskosten (nach § 74 Zwölftes Buch Sozialgesetzbuch /SGB XII)“ habe ich erhalten.

Unterschrift des Antragstellers	ggf. Unterschrift des nicht getrennt lebenden Ehegatten bzw. Lebenspartners
Falls vom Antragsteller nicht selbst oder nicht vollständig ausgefüllt	Name, Anschrift, ggf. Dienststelle und Unterschrift des Aufnehmenden / Datum