

<input type="checkbox"/> Bezirksamt Charlottenburg-Wilmersdorf von Berlin Geschäftsbereich Soziales <input type="checkbox"/> Landesamt für Gesundheit und Soziales - ZLA -		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 § 2 AsylbLG i. V. m. § 74 SGB XII <input type="checkbox"/> nach § 6 AsylbLG i. V. m. § 74 SGB XII		Zutreffendes bitte ankreuzen ☒ 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"/> eheähnliche Gemeinschaft <input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft		<input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> dauernd getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> seit _____		Familienstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> eheähnliche Gemeinschaft <input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft	
<input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> dauernd getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> seit _____		<input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> dauernd getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> 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					
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)		Kabelfernsehen (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, Vater <input type="checkbox"/> nein	Verwand mit Antragsteller/in? <input type="checkbox"/> ja, Vater <input type="checkbox"/> nein	Verwand mit Antragsteller/in? <input type="checkbox"/> ja, Vater <input type="checkbox"/> nein	Verwand mit Antragsteller/in? <input type="checkbox"/> ja, Vater <input type="checkbox"/> nein	Verwand mit Antragsteller/in? <input type="checkbox"/> ja, Vater <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	Zahlungszeit-punkt	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, Vorname		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, Unfall u. s. w.)					
Zu Lebzeiten d. Verstorbenen gewünschte Bestattungsart		<input type="checkbox"/> Erdbestattung	<input type="checkbox"/> Feuerbestattung	<input type="checkbox"/> unbekannt	
Aufbewahrungsort d. Verstorbenen:					
IX. Beantragte Kosten für die Bestattung					
<input type="checkbox"/> Bis 750,00 € für Bestatterleistungen (§ 74 SGB XII)	<input type="checkbox"/> Friedhofsgebühren (übernahmefähige)	<input type="checkbox"/> Krematoriumsgebühren	<input type="checkbox"/> Kosten für den Leichenschauchein		
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		
Ich wünsche die Bestattung auf folgendem Friedhof weil: (bitte Grund angeben)					

Die Bestattung wurde bereits veranlasst: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja: Name und Anschrift des Bestattungsinstituts:	<input type="checkbox"/> Mit Schreiben vom _____ (bitte beifügen) habe ich Kenntnis davon erhalten, dass die Bestattung bereits im Rahmen des Ordnungsrechts veranlasst wurde. Ich beantrage die o. g. Leistung unter Berufung auf § 27 SGB X / § 32 VwVfG <u>Mit ist bewusst, dass in diesem Fall die 750,00 € für die Bestatterleistungen reduziert werden.</u>		
Grund der Verpflichtung zum Tragen der Bestattungskosten (z. B. Erbe o. a.):			
X. Angaben zur Erbschaft			
Sind Sie Erbe d. Verstorbenen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Gibt es Miterben? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Wenn ja, Namen, Vornamen und Anschriften der Miterben (ggf. auf gesondertem Blatt fortsetzen)			
1)	Name	Vorname	Anschrift
2)	Name	Vorname	Anschrift
3)	Name	Vorname	Anschrift
4)	Name	Vorname	Anschrift
Haben Sie das Erbe ausgeschlagen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Wenn ja, bei welcher Stelle? (Bitte Nachweise vorlegen)	
Werden Sie das Erbe ausschlagen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Haben Miterben das Erbe ausgeschlagen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> 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, Kontoguthaben, Wertpapiere, Lebensversicherung, Grundbesitz u. s. w.)? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt			
Wenn ja, welche und in welcher Höhe? <div style="text-align: center;">EUR</div>			
XII. Bestattungsvorsorge			
Besteht bzw. bestand ein Bestattungsvorsorgevertrag bzw. eine Vereinbarung? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt		Wenn ja, bei welchem Bestattungsinstitut? (Name und Anschrift)	

XIII. Angehörige d. Verstorbenen (ggf. auf gesondertem Blatt fortsetzen)		
Ehegatte/Lebenspartner/in		
Name, ggf. Geburtsname, Vorname	Geburtsdatum	Anschrift
Kinder		
Name, Vorname	Geburtsdatum	Anschrift
Name, Vorname	Geburtsdatum	Anschrift
Name, Vorname	Geburtsdatum	Anschrift
Name, Vorname	Geburtsdatum	Anschrift
Eltern		
Name, Vorname	Geburtsdatum	Anschrift
Name, Vorname	Geburtsdatum	Anschrift
Geschwister		
Name, Vorname	Geburtsdatum	Anschrift
Name, Vorname	Geburtsdatum	Anschrift
Name, Vorname	Geburtsdatum	Anschrift
Name, Vorname	Geburtsdatum	Anschrift
Enkelkinder		
Name, Vorname	Geburtsdatum	Anschrift
Name, Vorname	Geburtsdatum	Anschrift
Name, Vorname	Geburtsdatum	Anschrift
Name, Vorname	Geburtsdatum	Anschrift
Großeltern		
Name, Vorname	Geburtsdatum	Anschrift
Name, Vorname	Geburtsdatum	Anschrift
Name, Vorname	Geburtsdatum	Anschrift
Name, Vorname	Geburtsdatum	Anschrift

XIV. Sonstige Angaben / Bemerkungen (z. B. über persönliche, familiäre, gesundheitliche Verhältnisse)

XV. Bestandteil des Antrages

ist die **Anlage 3** zum Antrag auf Sozialhilfe - **Grundbesitz** -

XVI. Dem Antrag sind folgende Unterlagen beigelegt:

Hiermit beantrage ich auch eine vorläufige Bewilligung, wenn weitere Prüfungen im Zusammenhang mit der beantragten Leistung zu veranlassen sind.

Die Angaben im Antrag und den dazu gehörenden Anlagen habe ich vollständig und wahrheitsgemäß gemacht.

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

Die Folgen von vorsätzlich oder grob fahrlässig gemachten falschen Angaben sind mir bewusst; zu Unrecht erbrachte Leistungen werden von mir zurück gefordert.

Mir ist bekannt, dass der Träger der Leistung die von mir zum Nachlass gemachten Angaben bei dem Nachlassgericht, den Finanzämtern und anderen Stellen überprüfen kann.

Der Träger der Leistungen nach dem SGB XII bzw. dem AsylbLG kann für die erhaltenen Leistungen meine Ansprüche gegen einen anderen auf entsprechende Leistungen in Höhe seiner Aufwendungen auf sich überleiten.

Mir ist bewusst, dass bei einer Bestattung, die als ordnungsbehördliche Bestattung veranlasst und die Kosten von der für die ordnungsbehördliche Bestattung zuständigen Amt übernommen wurden, vom Träger nach dem SGB XII bzw. AsylbLG mein Anspruch dem Grunde nach festgestellt und das für die ordnungsbehördliche Bestattung zuständige Amt darüber benachrichtigt.

Sofern von mir nicht bereits die verauslagten Bestattungskosten erstattet wurden, erfolgt keine Auszahlung der Leistung an mich.

Mir ist bekannt, dass ich die mir bewilligten Kosten für die Leistungen der Bestatter an das von mir gewählte Bestattungsinstitut abtreten kann.

Falls vom Antragsteller nicht selbst oder nicht vollständig ausgefüllt:

Datum/ Unterschrift des/ der Antragstellers / Antragstellerin (ggf. des gesetzlichen Betreuers)

Datum, Unterschrift/Anschrift ggf. Dienststelle des Aufnehmenden

XVII. Einverständniserklärung

Ich bitte, im Falle der Antragsbewilligung die übernommenen Kosten der Bestattung – nach Vorlage der Rechnung – direkt an das – von mir – beauftragte Bestattungsunternehmen zu überweisen.

Nicht vom Antragsteller/Antragstellerin auszufüllen!

Vermerk des Leistungsträgers:

Antragsteller/in

- ist Erbe d. Verstorbenen
- ist Vater des nichtehelichen Kindes, dessen Mutter in Folge Schwangerschaft/Geburt starb
- ist Unterhaltsverpflichtete/r bzw. eingetragene/r Lebenspartner/in d. Verstorbenen
- handelt aufgrund öffentlich-rechtlicher Bestattungspflicht
- muss Kosten aufgrund einer zivilrechtlich vertraglichen Verpflichtung ganz oder teilweise tragen

Der Antragsteller/die Antragstellerin hat dem Grunde nach Anspruch auf Leistungen

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> nach § 74 SGB XII | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> nach § 2 AsylbLG i. V. m. § 74 SGB XII | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> nach § 6 AsylbLG i. V. m. § 74 SGB XII | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |