

<input type="checkbox"/> Bezirksamt Geschäftsbereich <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		
Art der Hilfe: <input type="checkbox"/> innerhalb von Einrichtungen <input type="checkbox"/> außerhalb von Einrichtungen		Zutreffendes bitte ankreuzen ☒ und ausfüllen 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 <input type="checkbox"/> seit				
Bankverbindung: <small>Kreditinstitut:</small>				
Kontonummer		Bankleitzahl		Kontoinhaber
Zuletzt Leistungen der Sozialhilfe erhalten <input type="checkbox"/> am _____ <input type="checkbox"/> in Höhe von rd. _____ € mtl. (im Antrag bitte weiter ab Ziffer VI.) <input type="checkbox"/> Ich habe noch nie Leistungen der Sozialhilfe bezogen.		Dienststelle und GeschZ.		
II. Unterkunft				
Anschrift			Telefon	
Größe der Wohnung / Unterkunft		Anzahl der Wohnräume (ohne Bad, Küche)		Flach in qm
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 ? <input type="checkbox"/> Ja, <input type="checkbox"/> Nein	Verwand mit Antragsteller ? <input type="checkbox"/> Ja, <input type="checkbox"/> Nein	Verwand mit Antragsteller ? <input type="checkbox"/> Ja, <input type="checkbox"/> Nein	Verwand mit Antragsteller ? <input type="checkbox"/> Ja, <input type="checkbox"/> Nein	Verwand mit Antragsteller ? <input type="checkbox"/> Ja, <input type="checkbox"/> Nein

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"/> 750,00 € für Bestatterleistung (§ 74 SGB XII)	<input type="checkbox"/> Kostenübernahme für Bestatterleistung (§ 6 AsylbLG)	<input type="checkbox"/> Friedhofsgebühren (übernahmefähige)	<input type="checkbox"/> Krematoriumsgebühren
<input type="checkbox"/> Kosten für den Leichenschau-schein	<input type="checkbox"/> Lagerungsgebühren (außer beim Bestatter)		
Sonstige Kosten: <input type="checkbox"/> Überführungskosten (Sterbeort nicht in Berlin) <input type="checkbox"/> Kosten für Träger (wenn vom Friedhof nicht gestellt)			
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			
Werden 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 Wenn Ja, welche und in welcher Höhe? EUR			

XII. Bestattungsvorsorge

Besteht bzw. bestand ein Bestattungsvorsorgevertrag bzw. eine Vereinbarung? Ja Nein 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. 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; es werden zu Unrecht erbrachte Leistungen von mir zurück gefordert.

Mir ist bekannt, dass der Sozialhilfeträger 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.

Für den Fall, dass die Bestattung als ordnungsbehördliche Bestattung veranlasst und die Kosten von der zuständigen Behörde bereits übernommen wurden, nehme ich zur Kenntnis, dass keine Leistungen, die gemäß § 74 SGB XII / § 2 AsylbLG i.V.m. § 74 SGB XII bzw. § 6 AsylbLG dem Grunde nach bewilligt wurden, ausgezahlt werden.

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

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

Falls vom Antragsteller nicht selbst oder nicht vollständig ausgefüllt:

Datum, Unterschrift, Anschrift ggf. Dienststelle des Aufnehmenden

Nicht vom Antragsteller/Antragstellerin auszufüllen!

Vermerk des Leistungsträgers

Der Antragsteller/die Antragstellerin

- 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 | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |