

An
Stadt Regensburg
-Amt für Soziales-
Johann-Hösl-Str. 11-11b

93053 Regensburg

**Antrag auf Sozialhilfe;
Kostenübernahme der Bestattungskosten
gemäß § 74 Sozialgesetzbuch XII**

Name, Vorname des Antragstellers	Geburtsdatum	Staatsangehörigkeit
Anschrift		Telefonnummer
Verwandtschaftsverhältnis zur/zum Verstorbenen		

Name, Vorname des Verstorbenen	Geburtsdatum
Staatsangehörigkeit	
letzte Anschrift	Sterbedatum
Bestatter	Datum der Bestattung
Sterbeort	Todesursache
im Krankenhaus verstorben ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Verkehrsunfall/Unfall ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Name des Krankenhauses	Gewaltverbrechen ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

1. Die Bestattung des/der _____ wird/wurde durch den o.g. Bestatter durchgeführt. Der Auftrag zur Bestattung wurde von

mir allein

vergeben.

2. Die Bestattungskosten

belaufen sich auf _____ €. Rechnungen lege ich vor.

stehen noch nicht fest, da die Bestattung noch nicht durchgeführt wurde. Ich wurde darauf hingewiesen, dass nur die ortsüblichen (sozialhilferechtlich angemessenen) Bestattungskosten von der Stadt Regensburg – Amt für Soziales- übernommen werden.

3. Soweit mir bekannt ist, sind nachstehende Personen zur Tragung der Bestattungskosten verpflichtet:

Name, Vorname, Adresse	Verwandtschaftsgrad zum Verstorbenen (z.B. Kind, Ehegatte,...)	verpflichtet als	stellt Antrag	zahlt Anteil selbst
1.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Hinweis:

Es ist zwingend erforderlich, dass alle Kinder bzw. Eltern des/der Verstorbenen angegeben werden. Sollten diese ebenfalls bereits verstorben sein, sind diese mit dem Vermerk - sind bereits verstorben - einzutragen.

4. Der/die Verstorbene bezog Sozialhilfe ja nein

- Leistungen nach dem 3. Kapitel des SGB XII (Hilfe zum Lebensunterhalt)
- Leistungen nach dem 4. Kapitel des SGB XII (Grundsicherung)
- Hilfe zur Pflege
- Eingliederungshilfe
- Arbeitslosengeld II (Hartz 4)

von _____

5. Folgender Nachlass ist vorhanden:

- Spar-/Barvermögen
- Haus- und Grundbesitz
- verwertbare Nachlassgegenstände
- es ist kein verwertbarer Nachlass vorhanden

Es bestehen folgende für die Bestattungskostentragung relevante Verträge, die ich vorlege oder noch vorlegen werde:

- Testament/Erbvertrag (§§ 2064 ff./§§ 2274 ff. BGB)
- Vermächtnis (§ 2147 BGB)
- Hoferbenvertrag (Art. 64 EG BGB)
- Altenteilsvertrag (Art. 96 EG BGB)
- sonstige, die Bestattungskosten berührende Verträge
- es bestehen keine für die Bestattungskostentragung relevante Verträge

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

- Sterbegeld der gesetzlichen Unfallversicherung
- Sterbegeld nach dem LAG
- private Sterbeversicherung
- Lebensversicherung
Bezugsberechtigter
- Ansprüche aus dem Arbeitsverhältnis
- USG BVG Beihilfe Schadenersatzansprüche
- Kriegsopferfürsorge
- Es sind keine Ansprüche entstanden

Die beantragten Bestattungskosten sollen bei einer Bewilligung auf

die Konten der jeweiligen Rechnungsteller

auf folgendes Konto:

Kontoinhaber: _____

Name der Bank/Sparkasse: _____

Bankleitzahl: _____

Kontonummer: _____

überwiesen werden.

Erklärung als Antragsteller

	Antragsteller	Ehegatte/Lebensgefährte
Name, Vorname
Geburtstag und –ort
Anschrift
Familienstand
Im Haushalt wohnende Kinder geb. Beruf Fam.St. Nettoverd. (mtl.) geb. Beruf Fam.St. Nettoverd. (mtl.) geb. Beruf Fam.St. Nettoverd. (mtl.) geb. Beruf Fam.St. Nettoverd. (mtl.) geb. Beruf Fam.St. Nettoverd. (mtl.) geb. Beruf Fam.St. Nettoverd. (mtl.)		
Zur Zeit ausgeübter Beruf
Name und Anschrift des Arbeitgebers

Wohnverhältnisse						
1)	Die / Der Hilfesuchende ist	Mieter <input type="checkbox"/>	Untermieter <input type="checkbox"/>	Eigentümer <input type="checkbox"/>		
	Wohnart	in mietfreier Unterkunft <input type="checkbox"/> bei	Übergangswohnheim <input type="checkbox"/>	Wohngemeinschaft <input type="checkbox"/> mit anderen Personen		
		Einfamilienhaus <input type="checkbox"/>	Eigentumswohnung <input type="checkbox"/>	Zwei- oder Mehrfamilienhaus <input type="checkbox"/>		
2)	Höhe der monatlichen Belastung	Miete Grundmiete	Nebenkosten Wasser, Kanal, Müllabfuhr etc.			
		€	€			
		Heiz- und Warmwasserkosten	€			
	Miete im Antragsmonat bezahlt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja				
3)	Wird Wohngeld bezogen?	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	Mietzuschuss <input type="checkbox"/>	Lastenzuschuss <input type="checkbox"/>	mtl. € bewilligt bis
	Wurde Wohngeld beantragt?	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	am		

Einkommensverhältnisse des Hilfesuchenden und der weiteren Mitglieder der Haushaltsgemeinschaft
(Nachweise über Art und Höhe sämtlicher Einkünfte sind beizufügen)

Art des Einkommens	HS				
Alg I, ALG II	€	€	€	€	€
Krankengeld	€	€	€	€	€
Unterhaltszahlung	€	€	€	€	€
UVG	€	€	€	€	€
Kindergeld	€	€	€	€	€
Rente	€	€	€	€	€
Arbeitsverdienst	€	€	€	€	€
Sonstiges Einkommen					
Letzte Lohnzahlung am : _____ in Höhe von: _____ €					
Lohnsteuerjahresausgleich letztes Jahr bereits erfolgt ? nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> am: _____					
Lohnsteuerrückerstattung bereits erhalten ? nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> am: _____ in Höhe von: _____					

Vermögensverhältnisse in Geld	des/der Hilfesuchenden	der weiteren Mitglieder der Haushaltsgemeinschaft
		Name: _____ Name: _____
Guthaben Girokonto	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja €
Sparbuch	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja €
Festgeldanlagen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja €
Bausparvertrag	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja €
Lebensversicherung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja €
Vermögenswirksame Leistungen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja €
sonstiges:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja €

Haus- und Grundvermögen	des / der Hilfesuchenden	der weiteren Mitglieder der Haushaltsgemeinschaft
		Name _____ Name _____
1) Haus / ETW / Grundstück	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
a) Eigentumsanteil	_____ %	_____ %
b) Grundstücksgröße	_____ m ²	_____ m ²
c) Zahl der Wohnungen	_____	_____
d) Einheitswert / Verkehrswert	_____	_____
e) Ort, Straße	_____	_____

IX. Sonstige Vermögenswerte	Name	Name
1) Vertraglich gesicherte Ansprüche gegen Dritte z.B. Wohnrecht, Anspruch auf Wartung, Pflege (Vertragsabschrift anbei)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
2) Sonstige Werte z.B. wertvolle Sammlungen, Erbsprüche, Ansprüche gegen Dritte auf Rückzahlung von Darlehen usw.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Bezeichnung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Bezeichnung
3) Kfz	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
	Kennzeichen: _____	Baujahr: _____
	Hersteller / Typ: _____	geschätzter Wert: _____ €
	Ich bin <input type="checkbox"/> Halter <input type="checkbox"/> Eigentümer des Fahrzeuges	

Information für den Antragsteller

- Der Antrag ist innerhalb von zwei Monaten vollständig, mit allen Nachweisen, an die Stadt Regensburg, Amt für Soziales, zu richten.
- Der/Die Antragsteller ist/sind dazu verpflichtet alle Angehörigen und im Haushalt lebenden Familienmitglieder vollständig anzugeben.
- Der/Die Antragsteller ist/sind verpflichtet, Angaben über die Art und Höhe Ihres Einkommens und Vermögens zu machen.
- Der Antrag kann nur vollständig ausgefüllt mit den dazugehörigen Nachweisen der Antragsteller bearbeitet werden.
- Der/Die Antragsteller soll/sollen, falls vorhanden, alle vorrangig zur Tragung der Bestattungskosten Verpflichteten (**vertraglich Verpflichtete, Erben und Unterhaltspflichtige wie Ehegatte, Kinder, Eltern,)** angeben.
- Der/Die Antragsteller ist/sind gemäß § 60 SGB I zur Mitwirkung verpflichtet.
- Gemäß § 66 SGB I kann der Sozialhilfeträger die Leistung versagen, wenn Sie Ihrer Mitwirkungspflicht innerhalb einer angemessenen Frist nicht nachkommen. Die Frist wird auf zwei Monate nach Erhalt des Antragsformulars festgesetzt.

Einzureichende Nachweise

Des/Der Verstorbenen (siehe Antragsformular)

- Sterbeurkunde
- Kopien von Kontoauszügen der letzten 3 Monate
- Kopien von Sparguthaben
- Kopien von Versicherungen
- Aufstellung und Bewertung des Nachlasses

Antragsteller/in und Haushaltsangehörige

- Kopien über die Art und Höhe des Einkommens der letzten 3 Monate (vom Antragsteller sowie dessen Ehegatte/Partner und Kinder)
- Kopien von Kontoauszügen der letzten 3 Monate
- Kopien der monatlichen Belastungen
- Aktuelle Mietvertrag
- Aktuelle monatliche Versicherungen
- Kopien von Sparguthaben, Rückkaufswerte von Lebensversicherungen etc.