



Aktenzeichen 22 - 411d	Sachbearbeitung Frau Simon
Telefon 09261 678-277	Telefax 09261 62818-277
E-Mail-Adresse christine.simon@lra-kc.bayern.de	

Landratsamt Kronach
Sachgebiet 22
Postfach 15 51
96305 Kronach

Antragseingang

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

I. Personenangaben zur/zum Verstorbenen

Nachname		Vorname	
Geburtsdatum	Geburtsort	Sterbedatum	Sterbeort

II. Angaben zur Antragstellerin/zum Antragsteller und des Ehepartners oder Partners in eheähnlicher Gemeinschaft

Antrag- steller/in	Nachname		Vorname		Geburtsdatum
	Wohnanschrift (Straße u. Hausnummer, Postleitzahl u. Ort)				
	Verwandtschaftsverhältnis zur/zum Verstorbenen		Familienstand		Telefonnummer f. Rückfragen
Lebens-/Ehe- partner/in	Nachname		Vorname		Geburtsdatum
	Wohnanschrift (Straße u. Hausnummer, Postleitzahl u. Ort)				
	Verwandtschaftsverhältnis zur/zum Verstorbenen		Familienstand		Telefonnummer f. Rückfragen

1. Einkommen (alle Angaben in Euro)

Antragsteller/in			Ehe-/Lebenspartner/in		
Rente	ALG I / ALG II	Elterngeld	Rente	ALG I / ALG II	Elterngeld
Erwerbseinkommen	BAföG / BAB	Unterhalt-/vorschuss	Erwerbseinkommen	BAföG / BAB	Unterhalt-/vorschuss
Krankengeld	Kindergeld	Sozialhilfe	Krankengeld	Kindergeld	Sozialhilfe
Grundsicherung	Wohngeld	Vermietung u. ä.	Grundsicherung	Wohngeld	Vermietung u. ä.
Sonstige	Art des Einkommens		Sonstige	Art des Einkommens	

2. Vermögen (alle Angaben in Euro)

Antragsteller/in			Ehe-/Lebenspartner/in		
Haus-/Wohneigentum	Grundstücke	Sparguthaben	Haus-/Wohneigentum	Grundstücke	Sparguthaben
Bargeld	Girokontoguthaben	Bausparguthaben	Bargeld	Girokontoguthaben	Bausparguthaben
Rückkaufswert LV	Wertpapiere, Aktien	Sonst. Kapitalanlagen	Rückkaufswert LV	Wertpapiere, Aktien	Sonst. Kapitalanlagen
Kraftfahrzeug	Baujahr und Typ		Kraftfahrzeug	Baujahr und Typ	

3. Monatliche Wohnkosten (Bitte Mietvertrag im Original vorlegen)

Zahl d. Personen i. d. Wohnung	Grundmiete [€]	Heizkosten [€]	Art der Heizung
Betriebskosten ohne Heizung [€]	Sind in den Heizkosten Warmwasserbereitung oder Kochfeuerung enthalten? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		Welche?

Monatliche Belastung bei Wohneigentum (alle Angaben in Euro)

Schuldzinsen (ohne Tilgung)	Grundsteuer B	Gebäudeversicherung	Müllgebühren
Wasser-/Abwasserkosten	Schornsteinfegergebühren	Straßenreinigungsgebühren	Sonstige Belastungen

- Bitte alles belegen! -

Gesamtkosten:

4. Eigenheimzulage (Angaben in Euro)

Eigenheimzulage

5. Monatliche Belastungen, Versicherungen (alle Angaben in Euro)

Antragsteller/in			Ehe-/Lebenspartner/in		
Unterhaltsverpflichtung	Hausratversicherung	Haftpflchtversicherg.	Unterhaltsverpflichtung	Hausratversicherung	Haftpflchtversicherg.
Sonstige Belastung	Art der Belastung		Sonstige Belastung	Art der Belastung	
Sonstige Belastung	Art der Belastung		Sonstige Belastung	Art der Belastung	
Sonstige Belastung	Art der Belastung		Sonstige Belastung	Art der Belastung	

Gesamtkosten:

6. Kinder u. weitere Haushaltsangehörige d. Antragstellerin/Antragstellers, Ehe-Lebenspartnerin/-partners

Name, Vorname des Kindes/Haushaltsangehörigen	Geburtsdatum	Verwandtschafts- oder sonstiges Verhältnis	wohnhaf in meinem/ unserem Haushalt	von mir/uns über- wiegend 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
			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

III. Weitere Angaben zur/zum Verstorbenen

Todesursache

natürlicher Tod
 Tod durch Verkehrsunfall
 Tod durch Fremdeinwirkung

Vor- und Zuname des Verursachers _____

Anschrift des Verursachers _____

Stationäre Unterbringung nein ja

von _____ bis _____

Anschrift der stationären Einrichtung _____

Wurde Sozialhilfe bezogen? nein ja

bis _____

Sozialamt _____

Zuletzt bezogenes Einkommen	Art des Einkommens	Höhe in Euro

Vermögen der/des Verstorbenen (z. B. Sparbuch, Wertpapiere, Aktien, Versicherungen, Immobilien, Gemälde, Münz- oder Briefmarkensammlungen, Pkw u. ä.)	Art des Vermögens/Nachlasses	Höhe in Euro

Wurde ein Testament hinterlassen? Nein Ja noch nicht bekannt

Wurde das Erbe ausgeschlagen? Nein Ja

Wurde ein Erbschein beantragt? Nein Ja Wann? _____

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

Name, Vorname	Geburtsdatum	Verwandtschaftsverhältnis zur/zum Verstorbenen	Straße und Hausnummer, Postleitzahl und Wohnort

Besondere Begründung des Antrages

Lined area for providing a special justification for the application.

Besondere Mitteilungen oder Hinweise der Antragstellerin/des Antragstellers zum Antrag

Lined area for providing special communications or instructions from the applicant to the application.

Erklärung der Antragstellerin/des Antragstellers

Die Gewährung der Übernahme von Bestattungskosten nach SGB XII wird beantragt.

Es wird versichert, dass die Angaben in diesem Antrag voll der Wahrheit entsprechen und dass keine Angaben verschwiegen wurden. Es ist mir/uns bekannt, dass man sich durch unwahre oder unvollständige Angaben strafbar macht und zu Unrecht bezogene Leistungen zurückgezahlt werden müssen. Auf meine/unsere Mitwirkungspflicht und die Folge fehlender Mitwirkung (§ 60 ff. SGB I) wurde hingewiesen. Eine Folge könnte sein, die Hilfe zu versagen. Fehlende Mitwirkung heißt, dass die Aufklärung des Sachverhaltes erschwert wird, Unterlagen nicht beigebracht werden oder nicht genügend Selbsthilfe erkennbar ist.

Ort, Datum _____

Unterschrift Antragsteller/in _____

Unterschrift Ehe-Lebenspartner/in _____