|  |
| --- |
| **Antrag auf Gewährung von Leistungen nach § 6 AsylbLG analog § 74 SGB XII ff.** |
| - Bestattungskosten - |
| Wer Sozialleistungen beantragt oder erhält, hat alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen. Die geforderten Angaben sind zur Bearbeitung des Antrags erforderlich, die Datenerhebung erfolgt aufgrund von § 35 und § 60 ff. Sozialgesetzbuch I (SGB I) i.V.m. §§ 67 ff. SGB X. Es ist sichergestellt, dass Ihre Sozialdaten nur Befugten der Dienststelle zugänglich sind. |
|  |
| **Ich bin auf den Schutz und die Übermittlung meiner Sozialdaten hingewiesen worden. Ich bin auch darauf hingewiesen worden, dass ich der Übermittlung meiner besonders schutzwürdigen Sozialdaten bereits jetzt widersprechen muss, wenn ich damit nicht einverstanden bin (§ 76 SGB X).** |

I. Angaben zu den persönlichen Verhältnissen des Antragstellers:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Persönliche Verhältnissedes/der Antragsteller(s) | 1. Person (Antragsteller/in) | 2. Person[ ]  Ehegatte (nicht getrennt lebend)[ ]  Partner(in) in eheähnlicher  Gemeinschaft[ ]  eingetragener Lebenspartner (nicht getrennt lebend) |
| Familienname |  |  |
| Geburtsname |  |  |
| Vorname |  |  |
| Anschrift | Straße, Haus-Nr. |
| PLZ, Ort | Tel. |
| Geschlecht | [ ]  weiblich [ ]  männlich | [ ]  weiblich [ ]  männlich |
| Geburtsdatum/-ort |  |  |
| Familienstand | [ ]  led. [ ] verh. [ ]  verw. [ ]  gesch.[ ]  dauernd getrennt lebend[ ]  eheähnliche Gemeinschaft[ ]  eingetrag. LebenspartnerschaftSeit \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | [ ]  led. [ ] verh. [ ]  verw. [ ]  gesch.[ ]  dauernd getrennt lebend[ ]  eheähnliche Gemeinschaft[ ]  eingetrag. LebenspartnerschaftSeit \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Staatsangehörigkeit,bei Ausländern aufent-haltsrechtlicher Status | [ ]  Deutsch[ ]  AusländerStaatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | [ ]  Deutsch[ ]  AusländerStaatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Einkommen**Bitte Nachweise beifügen | AntragstellerMtl. Betrag(nicht monatliche Beträge bitte kennzeichnen) | 2. PersonMtl. Betrag(nicht monatliche Beträge bitte kennzeichnen) |
| Nichtselbständige Tätigkeit(Erwerbseinkommen, Ausbildungs-Vergütung, Entgelt der Werkstatt für behinderte Menschen) | € | € |
| Leistungen der Krankenkasse(einschl. Arbeitgeberzuschuss) | € | € |
| Einkommen aus selbständigerTätigkeit  | € | € |
| Kindergeld: | € | € |
| Aufwandsentschädigung für ehrenamtliche Tätigkeit: | € | € |
| Vermietung und Verpachtung | € | € |
| Kapitalerträge (z. B. Zinsen) | € | € |
| Renten/ausländische Renten: | € | € |
| Wohngeld/Lastenzuschuss | € | € |
| Arbeitslosenleistungen | € | € |
| Sonstige Einkünfte | € | € |

|  |
| --- |
| **Vom Einkommen absetzbare Beträge** |
| AusgabenBitte Nachweise beifügen | Antragsteller (1. Person)mtl. Betrag | Ehegatte/Partner (2. Person)mtl. Betrag |
| Unfallversicherung | € | € |
| Altersvorsorgebeiträge | € | € |
| Hausratversicherung | € | € |
| Sterbegeldversicherung | € | € |
| Lebensversicherung | € | € |
| Haftpflichtversicherung | € | € |
| Aufwendungen für Arbeitsmittel | € | € |
| Beiträge für Berufsverbände | € | € |
| Mehraufwendungen für doppelte Haushaltsführung | € | € |
| Entfernung zwischen Wohnungund Arbeitsstelle | Einfache Wegstreckekm | Einfache Wegstreckekm |
| Fahrtkosten zur Arbeitsstelle | € | € |
| Sonstige Werbungskosten | € | € |
| Nähere Begründung zu Sonstige WerbungskostenGgf. Beiblatt benützen! |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **II. Personen**, mit denen der/die Hilfesuchende(n) **in Haushaltsgemeinschaft** lebt/leben (z.B. Kinder),  soweit nicht bereits unter Ziff. I angegeben: |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Persönliche****Verhältnisse** | Haushaltsangehöriger1 | Haushaltsangehöriger2 | Haushaltsangehöriger3 | Haushaltsangehöriger4 |
| Name |       |       |       |       |
| auch Geburtsnameund frühere Namen |       |       |       |       |
| Vorname(n) |       |       |       |       |
| Geburtsdatum |       |       |       |       |
| Geburtsort |       |       |       |       |
| Land |       |       |       |       |
| Ist der/die Haushaltsangehörige mit d. HS verwandt? | [ ]  ja | [ ]  nein | [ ]  ja | [ ]  nein | [ ]  ja | [ ]  nein | [ ]  ja | [ ]  nein |
| wenn j**a**,Verwandtschaftsverhältnis |       |       |       |       |
| wenn **nein**, Grund d. Aufnahme in die Hausgemeinschaft |       |       |       |       |
| Familienstandled./verh./getr.leb./gesch./ verw. |  | seit: |  | seit: |  | seit: |  | seit: |
|       |       |       |       |       |       |       |       |
| Aussiedler/Spätaussiedler | [ ]  ja | [ ]  nein | [ ]  ja | [ ]  nein | [ ]  ja | [ ]  nein | [ ]  ja | [ ]  nein |
| Staatsangehörigkeit |       |       |       |       |
| **bei Ausländern:**aufenthaltsrechtlicher Status |       |       |       |       |
| **Einkommen** | [ ]  ja | [ ]  nein | [ ]  ja | [ ]  nein | [ ]  ja | [ ]  nein | [ ]  ja | [ ]  nein |
| Eigenes Einkommenwird erzielt | in Höhe von€ | in Höhe von€ | in Höhe von€ | in Höhe von€ |
| **Vermögen**Bitte Nachweisebeifügen | [ ]  ja | [ ]  nein | [ ]  ja | [ ]  nein | [ ]  ja | [ ]  nein | [ ]  ja | [ ]  nein |
| in Höhe von€ | in Höhe von€ | in Höhe von€ | in Höhe von€ |

|  |  |
| --- | --- |
| **III.** | **Sonstige unterhaltspflichtige Angehörige** des/der Hilfesuchenden **außerhalb der Haushaltsgemeinschaft**, soweit nicht bereits oben angegeben (z.B. eheliche, nichteheliche, für ehelich erklärte oder angenommene Kinder, die Eltern): |
| Nr. | Name, Vorname | Geb.Datum | Fam.-Stand | Verw.Verh.zum/zur HS | Straße, Nr.Wohnort, PLZ | Einkommen | Vermögen |
| 1 |       |       |       |       |       | [ ]  ja [ ]  nein | [ ]  ja [ ]  nein |
|  |  |  |  |  |  | Beruf:       |
| 2 |       |       |       |       |       | [ ]  ja [ ]  nein | [ ]  ja [ ]  nein |
|  |  |  |  |  |  | Beruf:       |
| 3 |       |       |       |       |       | [ ]  ja [ ]  nein | [ ]  ja [ ]  nein |
|  |  |  |  |  |  | Beruf:       |

|  |  |
| --- | --- |
| **IV..** | **Wohnverhältnisse des/der Hilfesuchenden und der in Haushaltsgemeinschaft lebenden Personen:** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Zahl der Personen in der Wohnung \_\_\_\_ Personen |  |  |
|  | [ ]  Mietwohnung | [ ]  Untermieter | Miete | monatl. |       € | - ohne Nebenkosten | Zahl der Räume |
| Nebenkosten (z.B. Wassergeld, Gebühren | monatl. |       € | - bitte belegen |       |
| Heizkostenpauschale für Zentralheizung | monatl. |       € | - bitte belegen | Wohnfläche |
| Wird die Wohnung zentral mit Warmwasser versorgt?  | [ ]  nein | [ ]  ja |       |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | [ ]  Eigentumswohnung | [ ]  eigenes Haus | [ ]  freies Wohnrecht |
| Anfallende Kosten |
| (z.B. Schuldzinsen, Schuldtilgung, Grundsteuer, Gebühren) | monatl. |       € | - bitte belegen |  |
|  Werden die Brennstoffe selbst beschafft? | [ ]  nein  | [ ]  ja |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Wohngeld/Lastenzuschuss wird bezogen

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  nein  | [ ]  ja, in Höhe von \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ € |
| Wenn nein,Antrag wurde gestellt  | [ ]  ja [ ]  nein |

 |

|  |
| --- |
| **Bankverbindung des/der Hilfeempfänger(s/in):** |
| Bankverbindung      |
| IBAN-Nr.      | BIC-Nr.       |

**Mit einer Direktzahlung an die Rechnungssteller (Bestattungsinstitut, Kirche, Stadt bzw. Gemeinde etc. bin ich einverstanden**.

|  |  |
| --- | --- |
|  [ ]  ja  | [ ]  nein |

Bemerkungen:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben wahr sind und dass ich nichts Wesentliches verschwiegen habe. Mir ist bekannt, dass ich wegen falscher oder unvollständiger Angaben strafrechtlich verfolgt werden kann und zur Unrecht erhaltene Hilfe zurückzahlen muss und dass meine Ansprüche gegen Drittverpflichtete (z.B. auf Unterhalt) auf den Träger der Sozialhilfe übergehen und Erstattungsansprüche gegen andere Leistungsträger (z.B. Wohngeld, Arbeitslosengeld I und II, Krankengeld, Leistungen nach dem Pflegeversicherungsgesetz, Rente) geltend gemacht werden können.**

**Ich bestätige ausdrücklich, davon unterrichtet worden zu sein, dass ich jede Änderung der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse vorübergehende Abwesenheit vom Wohnort oder Wegzug vom bisherigen Wohnort, Krankenhausaufenthalt usw. (auch von Haushaltsangehörigen), unverzüglich und unaufgefordert dem Träger der Sozialhilfe mitzuteilen habe. Die Aufnahme jeder Arbeit, auch Gelegenheitsarbeit usw., werde ich vor Aufnahme der Arbeit ebenfalls dort anzeigen.**

**Nach Aufklärung über den Umfang, den Zweck und die Tragweite meiner Erklärungen erteile ich die Einwilligung zu allen erforderlichen Maßnahmen, soweit diese für die Entscheidung über meinen Antrag erforderlich sind. Ich ermächtige den Träger der Sozialhilfe, Akten anderer Sozialleistungsträger einzusehen, von denen ich Leistungen erhalte, erhalten oder beantragt habe.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|       |  |  |   |  |  |
| Ort, Datum |  | Unterschrift des/der Hilfesuchendenoder seines/Ihres gesetzl. Vertreters |  | Unterschrift des Ehegatten |  |

|  |
| --- |
| **Nicht vom Antragsteller auszufüllen!** |
|  |  |
| Hinweis:Der Antragsteller kann selbst eine gesonderte geeignete Bestätigung der Meldebehörde beibringen, aus der die zutreffende Meldeadresse und der tatsächliche Aufenthalt unter der gemeldeten Adresse für den Hilfesuchenden sowie dessen Haushaltsmitglieder hervorgehen. |
|  |
| **Bestätigung der Meldebehörde**: (Stadt / Gemeinde / Verwaltungsgemeinschaft) |
| Der / Die im Sozialhilfeantrag aufgeführte(n) Antragsteller(in) ist / sind unter der genannten Adresse gemeldet und hält/halten sich hier auf: |
| Name, Vorname | seit | Name, Vorname | seit |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Folgende weitere Person(en) ist / sind unter der im Sozialhilfeantrag genannten Adresse gemeldet und hält / halten sich hier auf: |
| Name, Vorname | seit | Name, Vorname | seit |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |  |  |
| Ort, Datum |  | Stempel, Unterschrift |

**Beiblatt zum Antrag auf Bestattungskosten für**

**Name, Geburtsdatum, Anschrift und Familienstand der verstorbenen Person**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Sterbeort und –datum:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Wurden Leistungen nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII) von der verstorbenen Person bezogen? Falls ja, von welcher Behörde?**

[ ]  Ja von \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ [ ]  Nein

**Name, Geburtsdatum und Anschrift der Angehörigen**

Ehegatte: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Kinder: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Eltern: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Enkel: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Wurde ein Testament hinterlassen? (falls ja, bitte in Kopie beilegen)**

[ ]  Ja [ ]  Nein

**Liegt ein Bestattungsvorsorgevertrag vor? (falls ja, bitte in Kopie beilegen)**

[ ]  Ja, mit \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ [ ]  Nein

 Name

**Nachlass der/des Verstorbenen (entsprechende Nachweise bitte beifügen)**

[ ]  Spar-/Bankguthaben

[ ]  Bausparverträge/Wertpapiere

[ ]  Bargeld

[ ]  Haus- und/oder Grundbesitz

[ ]  Vertragliche Ansprüche

[ ]  Lebens- und/oder Sterbeversicherung

[ ]  Sonstige Vermögens-/Sachwerte

**Datum, Unterschrift des Antragstellers:**

**Informationsblatt für den Antragsteller**

1. Der Antrag ist vollständig, mit allen Nachweisen, an das Landratsamt Roth, Bereich
 „Seniorenamt und Soziales“ zu richten.

2. Der/Die Antragsteller ist/sind dazu verpflichtet, alle Angehörigen und im Haushalt lebenden
 Familienmitglieder vollständig anzugeben.

3. Der/Die Antragsteller ist/sind verpflichtet, Angaben über die Art und Höhe seines/ihres Einkommens und Vermögens zu machen.

4. Der/Die Antragsteller soll/sollen, falls vorhanden, alle möglichen Bestattungspflichtigen
 angeben.
 Gemäß den Richtlinien zu § 74 SGB XII in Verbindung mit § 15 Bestattungsverordnung sind zum
 Tragen der Bestattungskosten nacheinander verpflichtet:

 **1. der vertraglich Verpflichtete**

 **2. der Erbe
 3. der Unterhaltspflichtige**

 **4. der Ehegatte oder Lebenspartner**

 **5. die Kinder und Adoptivkinder, wenn volljährig**

 **6. die Eltern, bei Adoption jedoch die Adoptiveltern vor den Eltern,**

 **7. die Großeltern**

 **8. die Enkelkinder**

 **9. die Geschwister**

 **10. die Kinder der Geschwister des Verstorbenen**

 **11. die Verschwägerten ersten Grades**

Seitens des Landratsamtes Roth – Seniorenamt und Soziales – ist zu prüfen, in wieweit der/den verpflichteten Person/en die Übernahme der Bestattungskosten unter Berücksichtigung des jeweiligen Einkommens und Vermögens zuzumuten ist.

5. Der/Die Bestattungspflichtige/n ist/sind gemäß § 60 SGB I zur Mitwirkung verpflichtet. Gemäß
§ 66 SGB I kann der Sozialhilfeträger die Leistung versagen, wenn Sie Ihrer Mitwirkungspflicht nicht nachkommen.

**Einzureichende Nachweise**

**Des Verstorbenen (siehe Antragsformular)**

1. Sterbeurkunde und Familienstammbuch
2. Kopien von Kontoauszügen der letzten 3 Monate
3. Kopien von Sparguthaben
4. Kopien von Versicherungen
5. Aufstellung und Bewertung des Nachlasses

**Der Erben bzw. der volljährigen Angehörigen (im/außerhalb des Haushaltes lebende Erben und
Angehörige des Verstorbenen)**

1. Einkommensverhältnisse der letzten 3 Monate (Lohnabrechnung, ALG-Bescheid,
Rentenbescheid,…)

2. ausgefüllte Bankbestätigung mit Kontoauszügen der letzten 3 Monate

3. Kopien aller monatlichen Ausgaben (Belastungen, Kredit,…)

4. aktuellen Mietvertrag
5. aktuelle Versicherungen

1. Sollten die Personen verheiratet sein, Angabe des monatlichen Einkommens des Ehegatten und
der sonstigen Familienangehörigen (Kinder)

**Außerdem sind dem Antrag noch folgende Unterlagen beizufügen:**

1. Rechnung des Bestattungsinstituts

2. Gebührenbescheid der Stadt/Gemeinde

3. ggf. Rechnung der Friedhofsverwaltung

**Wir weisen Sie darauf hin, dass erst nach Erhalt aller Unterlagen Ihr Antrag bearbeitet werden kann.**