

Landkreis Rostock Außenstelle Bad Doberan Sozialamt August-Bebel-Straße 3 18209 Bad Doberan	Sachbearbeiter/in:		ausgegeben am:	
	Aktenzeichen:		Eingangsstempel:	

Antrag auf Übernahme der Bestattungskosten gemäß § 74 SGB XII*

Füllen Sie den Vordruck bitte mit „ja“ oder „nein“ vollständig aus, **Streichungen sind nicht ausreichend!** Sollten Ihnen Angaben zum Verstorbenen nicht bekannt sein, kennzeichnen Sie diese bitte entsprechend mit „?“

Persönliche Angaben zur / zum Verstorbenen

Name, Vorname(n)			
Geburtsdatum		Geburtsort	
Sterbedatum (<i>Sterbeurkunde beifügen</i>)		Sterbeort (<i>Straße, Hausnr., PLZ Ort</i>)	
		<input type="checkbox"/> natürlicher Tod <input type="checkbox"/> Unfall mit Drittverschulden <input type="checkbox"/> Straftat	
Letzte Wohnanschrift (<i>Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort</i>)			
Wurden zuletzt Leistungen vom Sozialamt bezogen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Falls ja: zuständiges Sozialamt :			

Persönliche Angaben zur nachfragenden Person (Antragsteller / in)

Name, Vorname(n)		
Verwandtschaftsverhältnis zum / zur Verstorbenen		
Geburtsdatum	Geburtsort	Familienstand
Staatsangehörigkeit:		
Anschrift (<i>Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort</i>)		
Telefonnummer / Email		

* Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch

Angaben zu den zur Bestattung verpflichteten Personen

Nacheinander sind verpflichtet:

- a) die vertraglich Verpflichteten (z.B. Schenkungsvertrag, Altenteils-Vertrag o.ä.)
- b) der Vater eines nichtehelichen Kindes beim Tod der Mutter infolge der Schwangerschaft oder Entbindung (§ 1615m BGB)
- c) die Erben (§ 1968 BGB) bzw. Vermächtnisnehmer (§ 2147 BGB)
- d) die Unterhaltsverpflichteten nach den Bestimmungen des BGB
- e) die Angehörigen, die nach § 9 des Bestattungsgesetzes Mecklenburg-Vorpommern verpflichtet sind und nicht gesetzlich betreut werden.

Bitte geben Sie die persönlichen Daten der Angehörigen nach a) – e) an (ggf. weiteres Blatt benutzen). Sofern Ihnen der aktuelle Wohnort nicht bekannt ist, geben Sie bitte den letzten Ihnen bekannten Wohnort an.

keine vertraglich Verpflichteten / Erben / Angehörigen, oder

Name, Vorname	Geburtsdatum und -ort	Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort)	Verwandtschaftsverhältnis zum/zur Verstorbenen	a) - e)

Nachlass der / des Verstorbenen

Der/die Verstorbene hatte folgendes Vermögen (Nachweise beifügen)

Bargeld	<input type="checkbox"/> ja, Höhe _____ <input type="checkbox"/> nein
Giro-Konto	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein IBAN: BIC:
Sparkonto	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein IBAN: BIC:
Wertpapiere / Depot/ Fonds	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Anzahl:
Bausparvertrag	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Anzahl:
Lebensversicherung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Anzahl:
Sterbegeldversicherung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Anzahl:
Bestattungsvorsorgevertrag	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Anzahl:
Grundvermögen (Haus, Eigentumswohnung, Grundstück), Betriebs- o. landwirtschaftliches Vermögen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein nähere Bezeichnung / Wert:
Kraftfahrzeug	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Kilometerstand:
weiteres Vermögen (z.B. Schmuck, Gemälde, Sammlungen von Wert)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein nähere Bezeichnung / Wert:

Wurde Vermögen in den letzten 10 Jahren vor Antragstellung auf andere Personen übertragen?

ja: _____
 nein

Wurde ein Testament hinterlassen:

ja nein

Wird / Wurde das Erbe von Ihnen ausgeschlagen?

ja nein

Wurden Leistungen anlässlich des Todes ausgezahlt? *

ja nein

* z.B. Versicherungsleistung wie Bestattungsvorsorge, Sterbegeld, Lebensversicherung o.ä., Sterbegeld einer Gewerkschaft oder aufgrund des Bezuges einer Kriegsschadensrente, Bestattungsgeld aufgrund des Bezuges einer Rente nach dem BVG, Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung, Leistungen der Unterhaltssicherungsbehörde zur Bestattung Wehrpflichtiger

Einkommen Antragsteller / in (Nachweise beifügen)

	Antragsteller / in		Haushaltsangehörige/r	
Erwerbseinkommen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Arbeitslosengeld I/II / Bürgergeld	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Rente(n)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Krankengeld	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wohngeld / Lastenzuschuss	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Kindergeld	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Unterhalt/Unterhaltsvorschuss	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Elterngeld	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
BAföG/BAB	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sozialhilfe	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
weitere Einkommen Art:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein:

Monatliche Belastungen Antragsteller / in (Nachweise beifügen)

Privathaftpflichtversicherung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Hausratversicherung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Altersvorsorgebeiträge <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Sonstige Belastungen (Art / Höhe) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Welche?

Bei Erwerbstätigkeit: Entfernungspauschale (Fahrten zwischen Wohnungs- und Arbeitsstätte)

Arbeitsstätte (<i>genaue Anschrift</i>)	Entfernungskilometer (einfache Strecke)	Arbeitstage pro Woche, an denen die Arbeitsstätte aufgesucht wird
---	--	---

 Fahrt mit öffentlichen Verkehrsmitteln, Kosten: _____ Weitere Werbungskosten**Wohnkosten Antragsteller/in (Mietvertrag + ggf. Nachweis über Mieterhöhung beifügen)**

Grundmiete:	Kalte Betriebskosten:	Heizkosten:
Monatliche Belastungen bei Wohneigentum (Schuldzinsen, Grundsteuer, Gebäudeversicherung, Müllgebühren, Wasser-/Abwasserkosten, Schornsteinfegergebühren, Anliegerbeiträge, Gebühren Abwassergrube, Sonstiges) – bitte alles nachweisen-		Gesamtkosten:

Weitere Haushaltsangehörige Antragsteller/in: (ggf. weiteres Blatt benutzen)

Name, Vorname	Geburtsdatum	Verwandtschafts- oder sonstiges Verhältnis zum/zur Antragsteller / in	vom Antragsteller/Ehe- o. Lebenspartner finanziell überwiegend 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

Vermögen Antragsteller/in (Nachweise beifügen)

	Antragsteller/in	Haushaltsangehörige/r
Bargeld	<input type="checkbox"/> ja, Höhe _____ <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, Höhe _____ <input type="checkbox"/> nein
Giro-Konto	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein IBAN: BIC:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein IBAN: BIC:
Sparkonto	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein IBAN: BIC:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein IBAN: BIC:
Wertpapiere / Depot/ Fonds	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Anzahl:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Anzahl:
Bausparvertrag	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Anzahl:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Anzahl:
Lebensversicherung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Anzahl:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Anzahl:
Sterbegeldversiche- rung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Anzahl:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Anzahl:
Bestattungsvorsorge- vertrag	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Anzahl:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Anzahl:
Grundvermögen (Haus, Eigentumswohnung, Grundstück), Betriebs- o. landwirtschaftliches Vermögen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein nähere Bezeichnung / Wert:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein nähere Bezeichnung / Wert:
Kraftfahrzeug	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Kilometerstand:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Kilometerstand:
weitere Vermögen (z.B. Schmuck, Gemälde, Sammlungen von Wert)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein nähere Bezeichnung / Wert:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein nähere Bezeichnung / Wert:

Wurde Vermögen in den letzten 10 Jahren vor Antragstellung auf andere Personen übertragen?

ja: _____
 nein

Im Falle der Bewilligung des Bestattungskostenzuschusses bitte ich diesen wie folgt auszuzahlen:

Der Zuschuss soll direkt an die Gläubiger ausgezahlt werden:

- Bestattungsinstitut
- Friedhof
- Krematorium
- Arzt
- Sonstige:

Der Zuschuss soll auf folgendes Konto

Name des Kontoinhabers	Name und Sitz des Geldinstitutes
BIC	IBAN

überwiesen werden, da diese Person für die Bestattungskosten in Vorleistung getreten ist.

Erklärung der Antragstellerin/ des Antragstellers

Ich beantrage die Gewährung der Übernahme von Bestattungskosten nach § 74 SGB XII.

Mir ist bekannt, dass ich gemäß §§ 60ff. SGB I zur Mitwirkung verpflichtet bin und die Leistung gemäß § 66 SGB I versagt werden kann, wenn der Mitwirkungspflicht nicht nachgekommen wird.

Mir ist ebenso bekannt, dass ich mich wegen wissentlich falscher oder unvollständiger Angaben strafbar machen kann und zu Unrecht bezogene Leistungen zurück zu zahlen sind.

Ich habe Kenntnis darüber, dass alle Änderungen meiner/unserer persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse mitzuteilen sind.

Ich versichere, dass die Angaben in diesem Antrag voll der Wahrheit entsprechen und dass keine Angaben verschwiegen wurden.

Das Informationsblatt nach Artikel 13 der Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) habe ich erhalten.

Ort, Datum	Unterschrift Antragsteller/in	Unterschrift Partner

Die folgenden Seiten sind zum Verbleib bei Ihnen bestimmt.

Hinweise zum Antrag auf Übernahme der Bestattungskosten

Eine Leistung kommt grundsätzlich nur in Betracht, wenn

- die Kosten für eine einfache, würdevolle Bestattung erforderlich waren (Bitte beim Bestattungsunternehmen auf eine Sozialbestattung hinweisen)
- die / der Verstorbene keinen (ausreichenden) Nachlass hinterlassen hat und auch kein Anspruch auf Leistungen Dritter besteht (z.B. aus einer Sterbegeldversicherung)
- die nachfragende Person nicht in der Lage ist, die erforderlichen Kosten zu tragen
- es keine anderen Personen gibt, die zur Leistung verpflichtet sind.

Der Antrag ist lückenlos auszufüllen, zu unterschreiben und mit den entsprechenden Nachweisen an das Sozialamt des Landkreises Rostock zu richten. Gründliches Ausfüllen des Antrages erleichtert die Antragstellung und erspart Rückfragen.

Es sind im Antrag **alle** Personen zu benennen, die als bestattungspflichtig in Betracht kommen.

Grundsätzlich einzureichende Unterlagen

Von der antragstellenden Person:

- Personaldokument (bei Ausländern zusätzlich Nachweis über Aufenthaltsstatus)
- Einkommensnachweise der letzten 3 Monate rückwirkend ab Fälligkeit der Rechnung + aktuelle Nachweise (z.B. Lohnbescheinigungen, Rentenbescheide, Nachweis Sozialleistungen)
- Mietvertrag bzw. Heimvertrag
- Nachweise zu monatlichen Belastungen
- sämtliche Vermögensnachweise (Sparbuch, Aktien, Haus- und Grundbesitz)
- lückenlose, ungeschwärzte Kontoauszüge der letzten 3 Monate (rückwirkend ab Fälligkeit der Rechnungen) – Originale können zur Einsicht vorgelegt werden
- Erbschein oder Niederschrift Erbausschlagung

Von der verstorbenen Person:

- Sterbeurkunde
- ggf. Testament
- Einkommensnachweise vor dem Tod
- Mietvertrag, Heimvertrag oder Nachweis Wohneigentum
- lückenlose, ungeschwärzte Kontoauszüge der letzten 3 Monate (rückwirkend ab dem Sterbetag bis zur Kontoauflösung) inkl. Nachweise zu Sparguthaben – Originale können zur Einsicht vorgelegt werden
- Kopien der Rechnungen für die Bestattung (Friedhof, Bestatter, Krematorium, Redner, Anzeige, etc.)

Bitte beachten Sie, dass es vielfach erforderlich ist, weitere Nachweise / Angaben zu erbringen. Die Prüfung der Voraussetzungen ist so umfangreich und komplex, dass nicht alle Konstellationen im Fragebogen abgedeckt werden können.

Informationen nach Artikel 13 Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO)

Verantwortlicher für die Datenverarbeitung	Ansprechpartner
Landkreis Rostock Der Landrat Am Wall 3-5 18273 Güstrow www.landkreis-rostock.de	Sozialamt Amtsleiterbereich Geschäftsstelle Telefon: 03843/755 - 50999 E-Mail: sozialamt@lkros.de
Kontaktdaten des behördlichen Datenschutzbeauftragten	
Landkreis Rostock Datenschutzbeauftragter Am Wall 3-5, 18273 Güstrow	Telefon: 03843 / 755 - 30001 E-Mail: datenschutz@lkros.de
Zweck der Datenverarbeitung:	
<ul style="list-style-type: none"> – Bearbeitung von Verfahren der Sozialhilfe (SGB XII), des Landesblindengeldgesetzes M-V (LBIGG M-V), der Kriegsopferfürsorge (KOF), des Unterhaltssicherungsgesetzes (USG), des Pflegegeldes M-V (§ 9 LPflegeG M-V) sowie des beruflichen Rehabilitationsgesetzes (BerRehaG). 	
Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung:	
<ul style="list-style-type: none"> • Art. 6 Abs. 1 lit. c. DS-GVO i.V.m. <ul style="list-style-type: none"> ○ SGB XII, KOF: §§ 67a ff. SGB X ○ § 9 LPflegeG M-V: § 12 Abs. 4 S. 4 LPflegeG M-V i.V.m. §§ 67a ff. SGB X ○ LBIGG M-V: § 10 LBIGG M-V i.V.m. §§ 67a ff. SGB X ○ BerRehaG: § 19 BerRehaG i.V.m. §§ 1 ff. BDSG ○ USG: §§ 1 ff. BDSG 	
Folgen bei Nichtbereitstellung der Daten durch die betroffene Person:	
<p>Die Bereitstellung der personenbezogenen Daten ist gesetzlich oder vertraglich vorgeschrieben, für einen Vertragsabschluss erforderlich oder die betroffene Person ist verpflichtet die personenbezogenen Daten zur Antragsbearbeitung bereitzustellen.</p> <p>Mögliche Folgen der Nichtbereitstellung bzw. Zurückhaltung von personenbezogenen Daten sind:</p> <p>Die Bearbeitung ist nicht oder nur mit erheblicher zeitlicher Verzögerung möglich.</p>	
Empfänger oder Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten:	
<ul style="list-style-type: none"> – Leistungsempfänger/gesetzliche Vertreter/Bevollmächtigte, Unterhaltsverpflichtete/Erben, Sozialleistungsträger/Behörden/Gerichte, Leistungsanbieter, Ministerium für Arbeit, Gleichstellung und Soziales, Statistisches Landesamt M-V.. 	
Geplante Datenübermittlung in ein Drittland oder an eine internationale Organisation	
<input checked="" type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <div style="text-align: center; background-color: #f2f2f2; padding: 2px;">Wenn ja, weitere Informationen gem. Art. 13 Abs. 1 lit. f) bzw. Art. 14 Abs. 1 lit. f) DS-GVO</div>	
Speicherdauer der Daten, bzw. die Kriterien für die Festlegung der Speicherdauer:	
<ul style="list-style-type: none"> – Die Speicherdauer für die erhobenen Daten richtet sich unter Beachtung gesetzlicher, satzungsmäßiger oder vertraglicher Aufbewahrungsfristen nach Art. 5 Abs. 1 lit. e DS-GVO i.V.m. § 76b SGB X bzw. §§ 1 ff. BDSG. 	
Information zu Betroffenenrechten	
<p>Auf Ihre Rechte zu Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung der Verarbeitung, Datenübertragbarkeit und Widerspruch bezüglich aller Ihrer verarbeiteten personenbezogenen Daten weisen wir Sie an dieser Stelle ausdrücklich hin. Rechtsgrundlagen hierfür sind die Art. 15 bis 21 DS-GVO.</p> <p>Beruhet die Verarbeitung personenbezogener Daten auf Ihrer Einwilligung, können Sie diese jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.</p> <p>Sie haben das Recht Beschwerden beim Landesbeauftragten für Datenschutz zu erheben. Postanschrift: Schloss Schwerin, Lennéstraße 1, 19053 Schwerin, Tel.: 0385 / 59494-0 oder E-Mail: info@datenschutz-mv.de.</p>	