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

Antrag auf Übernahme der Bestattungskosten gemäß § 74 SGB XII

Für die Verstorbene/den Verstorbenen _____ wird die Übernahme der Bestattungskosten gemäß § 74 SGB XII beantragt.

Begründung des Antrags (ggf. weiteres Blatt benutzen):

Hinweis: Um über Ihren Sozialhilfe Antrag entscheiden zu können, werden von Ihnen Informationen und Unterlagen benötigt. Ihre Verpflichtung zur Mitwirkung ergibt sich aus § 60 des Sozialgesetzbuches 1(SGB I). Die Datenerhebung erfolgt nach § 67a Sozialgesetzbuch X (SGB X), die Datenverarbeitung nach § 67b SGB X. Falls eine beteiligte Person die getrennte Erfassung ihrer Daten wünscht, kann dies über einen weiteren Antragvordruck geschehen.

Füllen Sie den Vordruck bitte mit "ja" und "nein" vollständig aus, Streichungen sind nicht ausreichend! Alle Angaben sind durch geeignete Nachweise zu belegen!

Die Richtigkeit der Angaben ist durch Unterschrift der jeweiligen Person auf der letzten Seite zu bestätigen.

I. Angaben zum Verstorbenen

Name, Vorname(n)			
Geburtsdatum	Geburtsort	Sterbedatum	Sterbeort
Letzte Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort)			

Beauftragtes Bestattungsunternehmen: _____

Beim Bestattungsunternehmen bitte auf die Antragsstellung beim Sozialamt hinweisen und Sozialbestattung beauftragen.

Folgende Leistungen wurden aus Anlass des Todes beantragt:

- Sterbegeld der Gewerkschaft ja nein wenn ja, in Höhe _____ €
- Sterbegeld aufgrund des Bezuges einer Kriegsschadensrente (§ 292b LAG) ja nein wenn ja, in Höhe _____ €
- Bestattungsgeld aufgrund des Bezuges einer Rente nach dem BVG (§36) ja nein wenn ja, in Höhe _____ €
- aus der gesetzlichen Unfallversicherung ja nein wenn ja, in Höhe _____ €
- der Unterhaltssicherungsbehörde bei der Bestattung Wehrpflichtiger ja nein wenn ja, in Höhe _____ €

III. Wirtschaftliche Verhältnisse des Verstorbenen

Der/die Verstorbene hatte folgendes Einkommen:

- Arbeitslosengeld I/II ja nein (wenn ja, bitte Bescheid beifügen)
- Rente(n) ja nein (wenn ja, bitte Bescheid(e) beifügen)
- Sozialhilfe ja nein (wenn ja, bitte Bescheid beifügen)
- Erwerbseinkommen ja nein (wenn ja, bitte Nachweis beifügen)
- Sonstiges Einkommen ja nein (wenn ja, bitte Nachweis(e) beifügen)

Bitte die Kontoauszüge der letzten 6 Monate lückenlos vorlegen.

Der/die Verstorbene hatte folgendes Vermögen:

Art des Vermögens	Höhe des Vermögens in €
Bargeld ☐ ja ☐ nein	
Giro-Bankguthaben ☐ ja ☐ nein	angelegt bei: aktueller Wert:
Sparguthaben ☐ ja ☐ nein	angelegt bei: aktueller Wert:
Wertpapiere ☐ ja ☐ nein	angelegt bei: aktueller Wert:
Bausparvertrag ☐ ja ☐ nein	abgeschlossen bei: Wert: Vertrag-Nummer:
Lebensversicherung ☐ ja ☐ nein	abgeschlossen bei: Wert: Vertrag-Nummer:
Sterbegeldversicherung ☐ ja ☐ nein	abgeschlossen bei: Versicherungssumme: Vertrag-Nummer:
Bestattungskostenvorsorgevertrag ☐ ja ☐ nein	abgeschlossen bei: Summe

Grundvermögen, Betriebsvermögen, landwirtschaftliches Vermögen ☐ ja ☐ nein	Lage: Einheitswert: Aktueller Verkaufswert:
Kraftfahrzeug ☐ ja ☐ nein	Fabrikat: Baujahr: Wert: Kilometerstand:
Schulden ☐ ja ☐ nein	Art: Gläubiger: Höhe:

Wurde vom Amtsgericht (Nachlassgericht) ein Nachlassverwalter eingesetzt?

ja nein wenn ja, wer: _____

Wurde ein Testament hinterlassen?

ja nein wenn ja, bitte Kopie vorlegen

Wird das Erbe von Ihnen als Antragssteller beim Amtsgericht ausgeschlagen?

ja nein wenn ja, bitte Nachweis beifügen

IV. Persönliche wirtschaftliche Verhältnisse des/der Verpflichteten

Name, Vorname(n)		
Geburtsdatum	Geburtsort	Familienstand
Letzte Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort)		
Telefonnummer		

Monatliche Wohnkosten

Grundmiete		
Betriebskosten (ohne Heizung)		
Heizkosten		Incl. Warmwasser
Art der Heizung:		Ohne Warmwasser
Monatliche Belastungen bei Wohneigentum (Schuldzinsen, Grundsteuern, Gebäudeversicherung, Müllgebühren, Wasser-/Abwasserkosten, Schornsteinfegergebühren, Anliegerbeiträge, Gebühren, Abwassergrube, Sonstiges) - bitte alles beilegen	Gesamtkosten: _____ €	

Kinder und weitere Haushaltsangehörige des Verpflichteten:

Name, Vorname	Geburtsdatum	Verwandtschafts- oder sonstiges Verhältnis zum/zur Antragssteller(in)	Wohnhaft im Haushalt des Antragsstellers	Vom Antragssteller/Ehe- o. Lebenspartner finanziell überwiegend unterhalten
			☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein
			☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein
			☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein
			☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein
			☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein
			☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein
			☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein
			☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein
			☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein

Ich /Wir habe(n) folgendes Einkommen:

	Antragsteller	Lebens-/Ehepartner(in) Lebensabschnittsgefährte/in
Erwerbseinkommen	☐ ja ☐ nein Höhe:	☐ ja ☐ nein Höhe:
Arbeitslosengeld I/II	☐ ja ☐ nein Höhe:	☐ ja ☐ nein Höhe:
Rente(n)	☐ ja ☐ nein Höhe:	☐ ja ☐ nein Höhe:
Erziehungsgeld	☐ ja ☐ nein Höhe:	☐ ja ☐ nein Höhe:
BAföG/BAB	☐ ja ☐ nein Höhe:	☐ ja ☐ nein Höhe:
Unterhalt/Unterhaltsvorschuss	☐ ja ☐ nein Höhe:	☐ ja ☐ nein Höhe:
Krankengeld	☐ ja ☐ nein Höhe:	☐ ja ☐ nein Höhe:
Kindergeld	☐ ja ☐ nein Höhe:	☐ ja ☐ nein Höhe:
Sozialhilfe	☐ ja ☐ nein Höhe:	☐ ja ☐ nein Höhe:
Sonstiges Einkommen	☐ ja ☐ nein Höhe:	☐ ja ☐ nein Höhe:

Vom Einkommen eventuell abzusetzende Beiträge (Nachweise bitte beifügen!)

Privathaftpflichtversicherung ☐ ja ☐ nein Monatliche Kosten: €	Hausrat-/Glasversicherung ☐ ja ☐ nein Monatliche Kosten: €
Altersvorsorgebeiträge ☐ ja ☐ nein Monatliche Kosten: €	Sterbeversicherung ☐ ja ☐ nein Monatliche Kosten: €
Beiträge für Berufsverbände ☐ ja ☐ nein Monatliche Kosten: €	Arbeitsmittel/Fahrkosten zur Arbeit ☐ ja ☐ nein Monatliche Kosten: €

Bei Erzielung von Arbeitseinkommen bitte ausfüllen:

Wohnort, Straße		Arbeitsort, Straße	
Entfernungskilometer (einfache Strecke)	Fahrtkosten öffentliche Verkehrsmittel	monatliche Arbeitstage	

Ich /Wir habe(n) folgendes Vermögen:

	Antragsteller	Lebens-/Ehepartner(in) Lebensabschnittsgefährte/in
Bargeld	☐ ja ☐ nein Höhe:	☐ ja ☐ nein Höhe:
Giro-Bankguthaben	☐ ja ☐ nein Höhe:	☐ ja ☐ nein Höhe:
Sparguthaben	☐ ja ☐ nein Höhe:	☐ ja ☐ nein Höhe:
Wertpapiere	☐ ja ☐ nein Höhe:	☐ ja ☐ nein Höhe:
Bausparvertrag	☐ ja ☐ nein Höhe:	☐ ja ☐ nein Höhe:
Lebensversicherung	☐ ja ☐ nein Höhe:	☐ ja ☐ nein Höhe:
Sterbegeldversicherung	☐ ja ☐ nein Höhe:	☐ ja ☐ nein Höhe:
Bestattungsvorsorgevertrag	☐ ja ☐ nein Höhe:	☐ ja ☐ nein Höhe:
Grundvermögen, Betriebs- o. landwirtschaftliches Vermögen	☐ ja ☐ nein Höhe:	☐ ja ☐ nein Höhe:
Kraftfahrzeug	☐ ja ☐ nein Höhe:	☐ ja ☐ nein Höhe:

sonstiges Vermögen	☐ ja ☐ nein Höhe:	☐ ja ☐ nein Höhe:
Schulden	☐ ja ☐ nein Höhe:	☐ ja ☐ nein Höhe:

Besondere Belastungen (Nachweise bitte beifügen!)

Ratenzahlung für Kredite (mtl. Höhe, Restlaufzeit), mtl. Unterhaltszahlungen, gesundheitlich bedingte Mehraufwendungen

Einen eventuell zu leistenden Bestattungskostenzuschuss bitte ich wie folgt auszuzahlen:

- Der Zuschuss soll direkt an die Gläubiger (Bestatter, Friedhofsverwaltung u.ä.)
- Der Zuschuss soll auf das Konto:

Name des Kontoinhabers	Name und Sitz des Geldinstituts
BIC	IBAN

überwiesen werden, da diese Person für die Bestattungskosten in Vorleistung getreten ist. (Nachweise bitte beifügen!)

Erklärung der Antragstellerin/des Antragstellers

Ich/wir beantrage(n) die Gewährung der Übernahme von Bestattungskosten nach SGB XII. Ich/wir versichere/versichern, dass die Angaben in diesem Antrag voll der Wahrheit entsprechen und dass keine Angaben verschwiegen wurden. Es ist mir/uns bekannt, dass ich mich/wir uns durch unwahre oder unvollständige Angaben strafbar mache/n und zu Unrecht bezogene Leistungen zurückzahlen muss/müssen.

Auf meine/unsere Mitwirkungspflicht und die Folge fehlender Mitwirkung (§§ 60 ff. SGB I) bin ich/sind wir hingewiesen worden. 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.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich den Erhalt des Informationsblattes nach Artikel 13 der Datenschutz-Grundverordnung (GS-GVO).

Ort, Datum	Unterschrift Antragssteller/in	Unterschrift Ehe-/Lebenspartner oder Lebensabschnittsgefährte/in
------------	--------------------------------	--

Informationsblatt

Prüfung der Anspruchsvoraussetzungen zur Gewährung von Leistungen nach § 74 Sozialgesetzbuch (SGB) XII- Bestattungskosten-Beihilfe

1. Der Antrag ist lückenlos auszufüllen, zu unterschreiben und mit den entsprechenden Nachweisen an das Sozialamt des Landkreises Rostock zu richten.
2. Der Antrag kann nur vollständig ausgefüllt und mit den dazugehörigen Nachweisen der Antragsteller bearbeitet werden.
3. Es sind alle möglichen Erben und alle Bestattungspflichtigen im Sinne des § 9 des Gesetzes über das Leichen-, Bestattungs- und Friedhofswesen im Land Mecklenburg-Vorpommern (Bestattungsgesetz - BestattG M-V) vom 3. Juli 1998 zu benennen. (siehe Antrag)
4. Es ist mitzuteilen, ob das Erbe angenommen oder ausgeschlagen wurde.
5. Nach § 74 SGB XII sind die erforderlichen Kosten einer Bestattung vom zuständigen sozialhilfeträger zu übernehmen, soweit den hierzu Verpflichteten nicht zugemutet werden kann, die Kosten zu tragen.
Der maßgebliche sozialhilferechtliche Bedarf des § 74 SGB XII ist nicht der tatsächliche Bedarf im Zusammenhang mit der Bestattung, sondern der Bedarf, den der Sozialhilfeträger als erforderlichen Bedarf anerkennt.

Belehrung über die Mitwirkungspflicht

Der/die Bestattungspflichtige ist/sind gemäß §§ 60 ff. Sozialgesetzbuch (SGB) I zur Mitwirkung bei der Festsetzung des eventuellen Anspruches verpflichtet. Gemäß § 66 SGB I kann der Sozialhilfeträger die Leistung versage, wenn durch mangelnde Mitwirkung des Antragstellers die Aufklärung des Sachverhaltes erschwert bzw. nicht möglich gemacht wird.

Einzureichende Unterlagen

- vom Verstorbenen:
 - Sterbeurkunde
 - Einkommensnachweise der letzten 6 Monate (Lohnbescheinigung, Arbeitslosengeld I/II-Bescheid, Rentenbescheid oder ähnliches)
 - Mietvertrag bzw. Heimvertrag
 - monatliche Belastungen (Haftpflichtversicherung, Hausratversicherung, Unfallversicherung, Bausparvertrag, Lebensversicherung, Sterbegeldversicherung, Kredite oder ähnliches)
 - Sparguthaben der letzten 10 Jahre
 - Nachweis über eventuellen Grund- und Hausbesitz
 - Kontoauszüge der letzten 6 Monate **lückenlos** (6 Monate rückwirkend ab Sterbetag)
 - Aufstellung und Bewertung des Nachlasses

- **Vom Antragsteller sowie des Ehegatten/Partner**
 - Einkommensnachweise der letzten 6 Monate
(Lohnbescheinigung, Arbeitslosengeld I/II-Bescheid, Rentenbescheid oder ähnliches)
 - Mietvertrag bzw. Heimvertrag
 - monatliche Belastungen
(Haftpflichtversicherung, Hausratversicherung, Unfallversicherung, Bausparvertrag, Lebensversicherung, Sterbegeldversicherung, Kredite oder ähnliches)
 - Vermögen (Sparbuch, Aktien, Haus- und Grundbesitz o.ä.)
 - Kontoauszüge der letzten 6 Monate **lückenlos**
(6 Monate rückwirkend ab Sterbetag)
 - Rechnungskopien

Hiermit bestätige/n ich/wir (zutreffendes unterstreichen):

Name	Vorname
Wohnhaft	

Name	Vorname
Wohnhaft	

dass ich/wir das Informationsblatt erhalten habe/n und über die Mitwirkungspflicht nach §§ 60 ff. 5GB I und deren Folgen belehrt wurde/n.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift

Das Informationsblatt wird Ihnen zweimal ausgehändigt. Ein Informationsblatt ist zu unterschreiben und mit dem Antrag einzureichen. Das zweite Informationsblatt ist zum Verbleib in Ihren Unterlagen gedacht.

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: info@lkros.de
Kontaktadressen des behördlichen Datenschutzbeauftragten	
Landkreis Rostock Datenschutzbeauftragter Am Wall 3-5, 18273 Güstrow	Telefon: 03843 / 755 - 30001 E-Mail: datenschutz@lkros.de

Zweck der Datenverarbeitung:

- Bearbeitung von Verfahren der Sozialhilfe (SGB XII), des Landesblindengeldgesetzes M-V (LBIGG M-V), der Kriegsopferfürsorge (KOF), des Unterhaltssicherungsgesetzes (USG), des Pflegegeldgesetzes M-V (§ 9 LPflegeG M-V) sowie des beruflichen Rehabilitationsgesetzes (BerRehaG)

Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung:

- Art. 6 Abs. 1 lit. c. DS-GVO i.V.m.
 - 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:

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.

Mögliche Folgen der Nichtbereitstellung bzw. Zurückhaltung von personenbezogenen Daten sind:

Die Bearbeitung ist nicht oder nur mit erheblicher zeitlicher Verzögerung möglich.

Empfänger oder Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten:

- 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

nein ja

Wenn ja, weitere Informationen gem. Art. 13 Abs. 1 lit. f) bzw. Art. 14 Abs. 1 lit. f) DS-GVO

Speicherdauer der Daten, bzw. die Kriterien für die Festlegung der Speicherdauer:

- 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

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.

Beruhet die Verarbeitung personenbezogener Daten auf Ihrer Einwilligung, können Sie diese jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

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.