

Landkreis Vorpommern-Greifswald/ Sozialamt/ 50.4 Frau Retzlaff/ Frau Kern
 Postfach 11 32
 17464 Greifswald

**Antrag auf Übernahme von Bestattungskosten
 gemäß § 74 SGB XII**

Eingangsvermerk

Name der/des Verstorbenen:

I. Persönliche Verhältnisse

	Antragsteller	Ehegatte / Lebenspartner	Weitere Personen im Haushalt	
Name:				
Vorname:				
Geb.-Datum:				
Staatsangehörigkeit				
Telefonnummer: (freiwillige Angabe)				
Familienstand:				
Straße:				
Ortsteil:				
PLZ / Wohnort				
Verwandtschaftsgrad:				

II. Einkommen

	Antragsteller	Ehegatte / Lebenspartner	Weitere Personen im Haushalt	
Arbeitslosengeld I:				
Arbeitslosengeld II:				
Grundsicherung im Alter und bei Erwerbminderung:				
Rente (Alters-,EU-):				
Witwenrente:				
Halbwaisenrente:				
Krankengeld:				
Unterhalt:				
Kindergeld				
Kindergeldzuschlag:				
Lohn/Gehalt				
Sonstiges Einkommen				

III. Ausgaben Mietkosten oder vergleichbare Hauslasten (Grundsteuer, Wasser, Abwasser, Müll, Gebäudeversicherung, Schornsteinfeger, Heizungswartung, etc.), Fahrkosten zur Arbeit

	Antragsteller	Ehegatte / Lebenspartner	Weitere Personen im Haushalt	
Grundmiete.				
allgemeine Betriebskosten:				
Heizkosten:				
Kosten für den Weg zur Arbeit Angabe der einfachen Wegstrecke (bei Benutzung öff. Verkehrsmittel Fahrscheine einreichen)	Von: _____ Nach: _____ Km: _____	Von: _____ Nach: _____ Km: _____	Von: _____ Nach: _____ Km: _____	Von: _____ Nach: _____ Km: _____
Verkehrsmittel (Kraftwagen, Kleinstkraftwagen, Motorrad oder Motorroller, Fahrrad mit Motor)				

sonstige Belastungen:

Schulden / Kredite:	(in Euro)
Versorgungsversicherung (z.B. Riester-Rente)	(in Euro)
	(in Euro)

IV. Angaben zur/zum Verstorbenen

Name:	Vorname/n:	Geburtsdatum:	Geburtsort:
Sterbedatum:		Sterbeort, Straße:	
Letzte Anschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Wohnort):			
Wurde der Sterbefall fremd verursacht?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Unfallverursacher (Name/Anschrift)			
Bitte Unfallfragebogen anfordern!			
Suizid?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
War der/die Verstorbene Kriegsbeschädigter und hat Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz erhalten?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wurde ein Testament hinterlegt?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Von wem wurde die Bestattung veranlasst?			
Name/Anschrift:			

Landkreis Vorpommern-Greifswald/ Sozialamt/ 50.4 Frau Retzlaff/ Frau Kern
 Postfach 11 32
 17464 Greifswald

Hat der Bestatter Kenntnis, dass ich die Kosten der Bestattung beim Sozialamt beantrage?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Hat der/die Verstorbene einen Bestattervorsorgevertrag bzw. eine -vereinbarung abgeschlossen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, Name: Bei welchem Bestattungsinstitut?		

Sind Sie Erbe des/der Verstorbenen? (wenn ja, Anlage I – Erklärung über den Nachlass des Erblassers ausfüllen)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Gibt es weitere Erben oder Erbberechtigte? (wenn ja, Anlage II – Erklärung über den hinterbliebenen Personenkreis ausfüllen)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haben Sie das Erbe ausgeschlagen? (Bitte Kopie der Ausschlagung vorlegen!)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Erklärung des Antragstellers / der Antragstellerin:

Ich/Wir beantrage/n die Gewährung der Übernahme von Bestattungskosten nach dem SGB XII.

Ich/Wir versichere/n, dass die Angabe 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 Folgen fehlender Mitwirkung (§ 60 ff. SGB I – Allgemeiner Teil) bin ich/sind wir hingewiesen worden. Eine Folge könnte sein, die Hilfe ganz oder teilweise zu versagen. Fehlende Mitwirkung heißt, dass die Aufklärung des Sachverhaltes erschwert wird, Unterlagen nicht beigebracht oder nicht genügend Selbsthilfe erkennbar ist.

 Ort, Datum

 Unterschrift Antragsteller/in

 Name des Verstorbenen

V O L L M A C H T

Die Rechnungen für die Bestattung sollen an die jeweiligen Rechnungsleger ausgezahlt werden.

Ich/Wir gebe/n ausdrücklich meine/unsere Zustimmung zu einem erforderlichen Informationsaustausch mit dem jeweilig beteiligten Bestattungsunternehmen/ Stadt-/ Friedhofsverwaltung hinsichtlich meiner/unsere Antragstellung auf Leistungen gemäß § 74 SGB XII.

 Datum

 Unterschrift der(r) Verpflichteten

Landkreis Vorpommern-Greifswald/ Sozialamt/ 50.4 Frau Retzlaff/ Frau Kern
Postfach 11 32
17464 Greifswald

Merkblatt zur Prüfung der Anspruchsberechtigung nach § 74 SGB XII beim örtlich zuständigen Sozialamt

Zur Prüfung Ihres möglichen Anspruchs auf Kostenübernahme der Bestattungskosten durch den Landkreis Vorpommern-Greifswald legen Sie bitte unverzüglich folgende Unterlagen vor:

Vom Verstorbenen:

- Monatliche Einkünfte
(Rentenbescheid, Lohnbescheinigung, Arbeitslosengeldbescheid, Arbeitslosengeld-II-Bescheid, Einnahmen aus Vermietung oder Verpachtung, usw.)
- Sparbücher, sonstiges Vermögen, Höhe aufgefundenes Bargeld
- Kontoauszüge der letzten zwölf Monate – vollständig!
- Stand des vorhandenen Vermögens am Sterbetag
(Kontoauszüge, Sparbuch, etc.)
- Versicherungen – Bitte Unterlagen beibringen!
- Eigentumswohnung/ Grundeigentum
(Grundbuchauszug, Flurkarte, Baujahr des Hauses, Bauunterlagen, Nachweis Schuldverbindlichkeiten)
- Kopie der Sterbeurkunde

Vom Antragsteller:

- Sozialhilfeantrag mit Anlagen und Datenschutzerklärung
- Kopie des Personalausweises
- Monatliche Einkünfte
(Rentenbescheid, Lohnbescheinigung, Arbeitslosengeldbescheid, Arbeitslosengeld-II-Bescheid, Wohngeldbescheid, usw.)
Diese Nachweise werden später nochmals zum Zeitpunkt der Fälligkeiten der Rechnungen für die Bestattung (Bestatter, Friedhofsgebühren, etc.) benötigt.
- Kontoauszüge ab Sterbetag 3 Monate rückwirkend
Diese Nachweise werden später nochmals zum Zeitpunkt der Fälligkeiten der Rechnungen für die Bestattung (Bestatter, Friedhofsgebühren, etc.) benötigt
- Bei Witwen/Witwern:
Bescheid Vorschusszahlung des Rententrägers und Bescheid Witwen-/Witwerrente, Zahlungsnachweis (Kontoauszug)
- Sparbücher, sonstiges Vermögen
- monatliche Belastungen
(Mietvertrag, Betriebskostenabrechnung, Versicherungen, Bausparverträge, usw.)
- wenn vorhanden: Kostenvoranschlag vom Bestattungsinstitut
- Rechnungen über die Bestattung (Bestattungsinstitut, Friedhofsverwaltung, etc.)
- Kopie des Auftrages der Bestattung sowie Kopie des Antrages für die Grabstelle
- Vollmacht (Seite 3 des Antrages) oder Nachweis der Begleichung der Rechnungen für die Bestattung
- Die Verwandtschaft begründende Unterlagen (Stammbuch, Geburtsurkunden, Vaterschaftsanerkennungen etc.)
- Nachweis über Erbausschlagungen oder Erbschein
- Schriftlicher Nachweis Ihrer Bemühungen der Durchsetzung Ihrer Ausgleichsansprüche gegenüber den Mitverpflichteten (siehe Merkblatt)
- Sterbeurkunden von vorverstorbenen (Mit-) Verpflichteten

Bitte alles in Kopie einreichen!

Richtwerte nach der Richtlinie des Landkreises Vorpommern-Greifswald 01/2015 inkl. Mwst.

Bezeichnung	Erdbestattung	Feuerbestattung/ Seebestattung
1. Bestattungsunternehmer		
Sarg	415,00	337,00
Urne	---	70,00
2 Träger für die Einbettung und Überführung	97,00	78,00
Sterbekleidung	35,00	33,00
Decke und Kissen	80,00	66,00
Sarginnenausstattung mit Laken und Matratze	48,00	52,00
Waschen, Ankleiden, Hygiene, Einsargen	80,00	133,00
Gruftaushub, Trägerleistung und Schließen des Grabes	426,00	160,00
2. Formalitäten		
Blumenschmuck/Blumengebinde	76,00	40,00
Kosten Trauerfeier (Durchführung der Trauerfeier, Trauerhalle/ Kapelle inkl. bescheidener Ausschmückung)	110,00	110,00
3. Weitere Kosten		
Trauerredner/Geistlicher	100,00	119,00
Leichenschau/Totenschein	51,00	51,00
4. Fremdanbieter		
Krematorium	---	nach Rechnung
2. Leichenschau	---	25,00
Kühlung im Kühlhaus	nach Rechnung	nach Rechnung
Gesamtaufwendungen	1.518,00	1.274,00
5. Kosten nach Aufwand		
Überführungskosten/Leichenbeförderung	je km 1,10	je km 1,10
Urnenversand	---	nach Rechnung
Kosten pro Buchstabe (Vor- und Zuname)	7,00	7,00
Grabeinfassung je m, soweit gefordert	bis zu 96,00	bis zu 96,00
Friedhofsgebühren	nach Satzung	nach Satzung
Fremdnutzung einer staatlichen oder kirchlichen Trauerhalle	nach Satzung	nach Satzung
Grabplatte, Grabstein, inkl. Aufstellkosten	bis zu 190,00	bis zu 190,00
Eigene Kühlzellen- bzw. Lagerungsgebühren	pro Tag 8,00	pro Tag 8,00
6. Bestattung Kind		
Bestattung – Kind bis 120 cm Sarggröße (ohne Kosten nach Aufwand nach Nr. 5)	700,00	700,00

Beiblatt Art der Verpflichtung

Verpflichteter:

Name, Vorname:

Die Verpflichtung besteht aufgrund:

Vertraglicher Verpflichtung:

Erbrechtlicher Verpflichtung Der Erbanteil beträgt: %

unterhaltsrechtlicher Verpflichtung

1. Ich bin mit dem/ der Verstorbenen wie folgt verwandt: _____

2. Bis zum Tode habe ich Unterhalt in Höhe von €/mtl. gezahlt.

3. Folgende bürgerlich-rechtliche Unterhaltspflichtige sind mir bekannt:

4.

landesrechtlicher Verpflichtung nach § 9 Abs. 2 Bestattungsgesetz M-V (volljährige Angehörige: Ehegatte, Kinder, Enkelkinder, Eltern, Großeltern, Geschwister, Adoptivkinder, Adoptiveltern) oder nach den Bestattungsgesetzen andere Bundesländer der Bundesrepublik Deutschland

Ich habe in Erfüllung der mir obliegenden Bestattungspflicht den Bestattungsauftrag erteilt und hafte aus Werkvertrag mit dem Bestattungsunternehmen (§ 631 BGB).
Eine Kopie des Bestattungsauftrages vom _____ füge ich bei.

Ich wurde durch die Ordnungsbehörde mit Bescheid vom _____ zur Kostenerstattung herangezogen.
Eine Kopie der Mitteilung des Ordnungsamtes vom _____ füge ich bei.

Ich versichere, dass die o. g. Angaben vollständig und richtig sind.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller/in

Beiblatt Erklärung über den Nachlass des Erblassers

Verstorbene(r)

Name, Vorname: -----

Auskunfts- und Mitwirkungspflicht:

Nach § 117 Abs. 1 Sozialgesetzbuch XII (SGB XII) sind Sie verpflichtet, über den Nachlass des oben angeführten Erblassers Auskunft zu geben. Sie sind demzufolge aufgefordert, alle Nachweise (z.B. Kontoauszüge, Sparbücher, Versicherungen, etc.) über den vorhandenen Nachlass Ihrer Erklärung beizulegen.

Nicht Zutreffendes bitte streichen!!!

Ich erkläre, dass der Erblasser zum Zeitpunkt des Erbfalles (Sterbetag) über folgendes Vermögen verfügte:

1. **Bargeld** **nicht vorhanden**

in Höhe von _____ EUR

2. **Bank- und Sparguthaben** **nicht vorhanden**

2.1 Girokonto

IBAN: _____ BIC: _____ bei der: _____

in Höhe von _____ EUR Inhaber: _____

IBAN: _____ BIC: _____ bei der: _____

in Höhe von _____ EUR Inhaber: _____

2.2 Sparbuch- oder Bausparkassenguthaben / Investmentfonds **nicht vorhanden**

IBAN: _____ BIC: _____ bei der: _____

in Höhe von _____ EUR Inhaber: _____

IBAN: _____ BIC: _____ bei der: _____

in Höhe von _____ EUR Inhaber: _____

3. Sonstiges Vermögen

Haus- und Grundbesitz **nicht vorhanden**

Gemarkung: _____ Flur: _____ Flurstück: _____

Größe des Grundstücks: _____ m²

Kfz **nicht vorhanden**

Typ: _____ Baujahr: _____ km-Stand: _____

Landkreis Vorpommern-Greifswald/ Sozialamt/ 50.4 Frau Retzlaff/ Frau Kern
Postfach 11 32
17464 Greifswald

Festgeld **nicht vorhanden**

IBAN: BIC: bei der:
in Höhe von EUR Inhaber:

Sparbriefe **nicht vorhanden**

IBAN: BIC: bei der:
in Höhe von EUR Inhaber:

Wertpapiere **nicht vorhanden**

IBAN: BIC: bei der:
in Höhe von EUR Inhaber:

Aktien **nicht vorhanden**

IBAN: BIC: bei der:
in Höhe von EUR Inhaber:

Lebens- oder Sterbeversicherungen **nicht vorhanden**

Name der Versicherung: _____

Versicherungsnummer: _____

Schließfach **nicht vorhanden** Inhalt: _____

Wohnungsauflösung

Angabe zum Wert des veräußerten Hausstandes _____ EUR
(bitte Unterlagen beifügen)

Ich versichere, dass alle Angaben wahrheitsgemäß und vollständig sind.

Ort, Datum

Unterschrift

**Beiblatt Erklärung über den hinterbliebenen Personenkreis /
 der zur Kostentragung Verpflichteten**

(Diese Erklärung ist vom Antragsteller der Bestattung auszufüllen!)

Der/Die Verstorbene _____

hinterlässt:

- Ehegatten** (auch wenn getrennt lebend):
Lebenspartner i. S. d. Lebenspartnerschaftsgesetzes

 Name, Vorname, Geburtsdatum, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort

Erbe: ja nein

- Kinder:** **der/ die Verstorbene hatte keine Kinder:**
 (Bitte alle aufführen und zumindest die letzte bekannte Adresse angeben!)

<p>_____ Name, Vorname</p> <p>_____ Geburtsdatum</p> <p>_____ Straße, Hausnummer</p> <p>_____ PLZ, Ort</p> <p>Erbe: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>	<p>_____ Name, Vorname</p> <p>_____ Geburtsdatum</p> <p>_____ Straße, Hausnummer</p> <p>_____ PLZ, Ort</p> <p>Erbe: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>
<p>_____ Name, Vorname</p> <p>_____ Geburtsdatum</p> <p>_____ Straße, Hausnummer</p> <p>_____ PLZ, Ort</p> <p>Erbe: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>	<p>_____ Name, Vorname</p> <p>_____ Geburtsdatum</p> <p>_____ Straße, Hausnummer</p> <p>_____ PLZ, Ort</p> <p>Erbe: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>
<p>_____ Name, Vorname</p> <p>_____ Geburtsdatum</p> <p>_____ Straße, Hausnummer</p> <p>_____ PLZ, Ort</p> <p>Erbe: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>	<p>_____ Name, Vorname</p> <p>_____ Geburtsdatum</p> <p>_____ Straße, Hausnummer</p> <p>_____ PLZ, Ort</p> <p>Erbe: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>

Weitere Personen bitte auf einem formlosen Zusatzblatt erfassen!

Landkreis Vorpommern-Greifswald/ Sozialamt/ 50.4 Frau Retzlaff/ Frau Kern
Postfach 11 32
17464 Greifswald

Eltern: falls verstorben, Sterbeurkunde einreichen!

Mutter: Erbe: ja nein

Vater: Erbe: ja nein

Name, Vorname

Name, Vorname

Geburtsdatum

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

PLZ, Ort

Geschwister: **der/ der Verstorbene hatte keine Geschwister**

<p>_____ Name, Vorname</p> <p>_____ Geburtsdatum</p> <p>_____ Straße, Hausnummer</p> <p>_____ PLZ, Ort</p> <p>Erbe: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>	<p>_____ Name, Vorname</p> <p>_____ Geburtsdatum</p> <p>_____ Straße, Hausnummer</p> <p>_____ PLZ, Ort</p> <p>Erbe: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>
<p>_____ Name, Vorname</p> <p>_____ Geburtsdatum</p> <p>_____ Straße, Hausnummer</p> <p>_____ PLZ, Ort</p> <p>Erbe: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>	<p>_____ Name, Vorname</p> <p>_____ Geburtsdatum</p> <p>_____ Straße, Hausnummer</p> <p>_____ PLZ, Ort</p> <p>Erbe: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>

Weitere Personen bitte auf einem formlosen Zusatzblatt erfassen!

Großeltern väterlicherseits
Großmutter: Erbe: ja nein

Großvater: Erbe: ja nein

Name, Vorname

Name, Vorname

Geburtsdatum

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

PLZ, Ort

Großeltern mütterlicherseits
Großmutter: Erbe: ja nein

Großvater: Erbe: ja nein

Name, Vorname

Name, Vorname

Geburtsdatum

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

PLZ, Ort

Enkelkinder: **der/ die Verstorbene hatte keine Enkelkinder**

<p>_____ Name, Vorname</p> <p>_____ Geburtsdatum</p> <p>_____ Straße, Hausnummer</p> <p>_____ PLZ, Ort</p> <p>Erbe: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>	<p>_____ Name, Vorname</p> <p>_____ Geburtsdatum</p> <p>_____ Straße, Hausnummer</p> <p>_____ PLZ, Ort</p> <p>Erbe: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>
<p>_____ Name, Vorname</p> <p>_____ Geburtsdatum</p> <p>_____ Straße, Hausnummer</p> <p>_____ PLZ, Ort</p> <p>Erbe: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>	<p>_____ Name, Vorname</p> <p>_____ Geburtsdatum</p> <p>_____ Straße, Hausnummer</p> <p>_____ PLZ, Ort</p> <p>Erbe: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>
<p>_____ Name, Vorname</p> <p>_____ Geburtsdatum</p> <p>_____ Straße, Hausnummer</p> <p>_____ PLZ, Ort</p> <p>Erbe: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>	<p>_____ Name, Vorname</p> <p>_____ Geburtsdatum</p> <p>_____ Straße, Hausnummer</p> <p>_____ PLZ, Ort</p> <p>Erbe: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>

Weitere Personen bitte auf einem formlosen Zusatzblatt erfassen!

Eheähnlicher Partner:

Erbe: ja nein

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

sonstige, oben nicht aufgeführte Erben:

<p>_____ Name, Vorname</p> <p>_____ Geburtsdatum</p> <p>_____ Straße, Hausnummer</p> <p>_____ PLZ, Ort</p> <p>Erbe: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>	<p>_____ Name, Vorname</p> <p>_____ Geburtsdatum</p> <p>_____ Straße, Hausnummer</p> <p>_____ PLZ, Ort</p> <p>Erbe: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>
---	---

Landkreis Vorpommern-Greifswald/ Sozialamt/ 50.4 Frau Retzlaff/ Frau Kern
Postfach 11 32
17464 Greifswald

Weitere Personen bitte auf einem formlosen Zusatzblatt erfassen!

vertraglich Verpflichtete (z.B. Haushaltsübertragungen, Altenteilsvertrag):

<p>_____ Name, Vorname</p> <p>_____ Geburtsdatum</p> <p>_____ Straße, Hausnummer</p> <p>_____ PLZ, Ort</p> <p>Erbe: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>	<p>_____ Name, Vorname</p> <p>_____ Geburtsdatum</p> <p>_____ Straße, Hausnummer</p> <p>_____ PLZ, Ort</p> <p>Erbe: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>
---	---

Weitere Personen bitte auf einem formlosen Zusatzblatt erfassen!

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller (Auftraggeber(in))

ABTRITTSERKLÄRUNG

Hiermit trete ich meine Ausgleichsansprüche gegenüber allen (Mit-) Verpflichteten bezüglich der Bestattungskosten, die durch den Landkreis Vorpommern-Greifswald für den oben genannten Verstorbenen übernommen werden, an den Landkreis ab. Mir ist bewusst, dass ich damit nicht mehr berechtigt bin über diese Ansprüche zu verfügen.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller (Auftraggeber(in))

Überprüfung der Vermögensverhältnisse

Mir ist bekannt, dass Leistungen der Hilfen in anderen Lebenslagen nach dem SGB XII gemäß § 19 Abs. 3 SGB XII einkommens- und vermögensabhängig sind. Deshalb ist gemäß § 90 SGB XII und der entsprechenden Verordnung das die Schongrenze übersteigende Vermögen, vorrangig zur Deckung meines Bedarfes einzusetzen.

Ich erkläre, dass ich über folgendes Vermögen verfüge:

a) Des Verpflichteten	b) Des Ehegatten/ Lebenspartners/Lebensgefährte eheähnliche Gemeinschaft
<p>1. Girokonto</p> <p><input type="checkbox"/> ich habe kein Girokonto</p> <p><input type="checkbox"/> Ich habe ein Girokonto bei</p> <p>IBAN: _____</p> <p>BIC: _____</p> <p>bei der: _____</p> <p>aktueller Stand: _____ EUR</p>	<p>1. Girokonto</p> <p><input type="checkbox"/> ich habe kein Girokonto</p> <p><input type="checkbox"/> Ich habe ein Girokonto bei</p> <p>IBAN: _____</p> <p>BIC: _____</p> <p>bei der: _____</p> <p>aktueller Stand: _____ EUR</p>
<p>2. Sparkonto/ weitere Konten</p> <p><input type="checkbox"/> ich habe kein Sparkonto/ weitere Konten</p> <p><input type="checkbox"/> Ich habe ein Sparkonto/ weitere Konten bei</p> <p>IBAN: _____</p> <p>BIC: _____</p> <p>bei der: _____</p> <p>aktueller Stand: _____ EUR</p>	<p>2. Sparkonto/ weitere Konten</p> <p><input type="checkbox"/> ich habe kein Sparkonto/ weitere Konten</p> <p><input type="checkbox"/> Ich habe ein Sparkonto/ weitere Konten bei</p> <p>IBAN: _____</p> <p>BIC: _____</p> <p>bei der: _____</p> <p>aktueller Stand: _____ EUR</p>
<p>3. Bargeld</p> <p>Ich verfüge über Bargeld in Höhe von</p> <p>_____ EUR</p>	<p>3. Bargeld</p> <p>Ich verfüge über Bargeld in Höhe von</p> <p>_____ EUR</p>
<p>4. Haus- und Grundbesitz</p> <p><input type="checkbox"/> Ich habe keinen Haus- oder Grundbesitz</p> <p><input type="checkbox"/> Ich habe folgenden Haus- oder Grundbesitz (bitte Anlage anfordern)</p>	<p>4. Haus- und Grundbesitz</p> <p><input type="checkbox"/> Ich habe keinen Haus- oder Grundbesitz</p> <p><input type="checkbox"/> Ich habe folgenden Haus- oder Grundbesitz (bitte Anlage anfordern)</p>

<p>5. Vertraglich gesicherte Ansprüche <input type="checkbox"/> Ich habe keine vertragl. gesicherten Ansprüche gegen Dritte</p> <p><input type="checkbox"/> Ich habe folgende vertraglich gesicherte Ansprüche (z. B. Wohnrecht) Eine Kopie des Vertrages liegt bei</p>	<p>5. Vertraglich gesicherte Ansprüche <input type="checkbox"/> Ich habe keine vertragl. gesicherten Ansprüche gegen Dritte</p> <p><input type="checkbox"/> Ich habe folgende vertraglich gesicherte Ansprüche (z. B. Wohnrecht) Eine Kopie des Vertrages liegt bei</p>
<p>6. Sonstige Vermögenswerte <input type="checkbox"/> Ich habe kein sonstiges Vermögen</p> <p><input type="checkbox"/> Ich habe sonstiges Vermögen in folgender Form (z. B. Wertpapiere, Kraftfahrzeug, wertvolle Sammlungen, Ansprüche gegen Dritte auf Rückzahlung von Darlehen, Bausparvertrag etc.)</p>	<p>6. Sonstige Vermögenswerte <input type="checkbox"/> Ich habe kein sonstiges Vermögen</p> <p><input type="checkbox"/> Ich habe sonstiges Vermögen in folgender Form (z. B. Wertpapiere, Kraftfahrzeug, wertvolle Sammlungen, Ansprüche gegen Dritte auf Rückzahlung von Darlehen, Bausparvertrag etc.)</p>

Vermögensübertragungen

Wurde Vermögen in den letzten 10 Jahren vor Antragstellung auf andere Personen übertragen? (z.B. Schenkung, Übergabevertrag, Altenteil)

- nein ja (Unterlagen z.B. Urkunden beifügen)

Hinweise:

Bitte reichen Sie zusammen mit Ihrem Antrag auf Leistungen der Hilfe in anderen Lebenslagen (Bestattungskostenübernahme) nach § 74 SGB XII die Originalkontoauszüge der letzten drei Monate ein.

Sie werden darauf hingewiesen, dass bei der Einreichung von Kontoauszügen die Möglichkeit des Schwärzens einzelner Buchungstexte insbesondere bei Soll-Buchungen über geringere Beträge (bis 50,00 EUR) besteht. Dabei ist jedoch zu beachten, dass eine Schwärzung von leistungsrelevanten Buchungen z.B. regelmäßige Zahlungen von Beiträgen für kapitalbildende Versicherungen, Bausparverträgen etc. nicht zulässig ist. Das Schwärzen von Haben-Buchungen d.h. Einnahmen ist nicht zulässig und kann zu einer Verletzung der Mitwirkungspflicht gem. § 60 Abs. 1 SGB I führen, da nach §§ 82 ff. SGB XII grundsätzlich das gesamte Einkommen bei der Hilfestellung zu berücksichtigen ist.

Sie werden weiterhin darauf hingewiesen, dass Sie verpflichtet sind, die vorgelegten Kontoauszüge aufzubewahren, um diese gegebenenfalls dem Leistungsträger für spätere Nachweiszwecke erneut vorlegen zu können.

Ich versichere, dass alle Angaben wahrheitsgemäß und vollständig und die Hinweise zur Kenntnis genommen sind.

 Ort, Datum

 Unterschrift

Landkreis Vorpommern-Greifswald/ Sozialamt/ 50.4 Frau Retzlaff/ Frau Kern
Postfach 11 32
17464 Greifswald

Zuständig für die Bearbeitung der Anträge auf Gewährung von Bestattungskosten sind:

- | | |
|----------------------|---|
| Frau Angelika Kern | 1. Sterbeort Stadt Greifswald
2. Letzter SGB XII - Leistungsbezug der/des Verstorbenen in Greifswald |
| Frau Karina Retzlaff | 1. Sterbeort Landkreis Vorpommern-Greifswald außer Stadt Greifswald
2. Letzter SGB XII – Leistungsbezug der/des Verstorbenen im Landkreis Vorpommern-Greifswald außer Stadt Greifswald |

Bitte füllen Sie das Formular **vollständig** aus und senden Sie es **umgehend** an die zuständige Kollegin:

Landkreis Vorpommern-Greifswald
Sozialamt 50.4 Frau Kern oder Frau Retzlaff
Postfach 11 32
17464 Greifswald.

Besucheranschrift: An der Kürassierkaserne 9, 17309 Pasewalk

Für Rückfragen sind die Kolleginnen wie folgt zu erreichen:

Frau Kern:	Tel.	03834 8760-2316
	Fax:	03834 8760-92316
	Email:	angelika.kern@kreis-vg.de

Frau Retzlaff:	Tel.	03834 8760-2309
	Fax:	03834 8760-92309
	Email:	karina.retzlaff@kreis-vg.de

Einwilligung zur Speicherung personenbezogener Daten

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

1. Kontoauszüge

Hiermit willige ich ein, dass die von mir vorgelegten Kontoauszüge/
Sparkontenbelege u. ä. in Form von Kopien in meinen Akten gespeichert werden.

Ich wurde darüber informiert, dass die Speicherung der Kontoauszüge/ Sparkontenbelege u.
ä. ausschließlich dem Nachweis leistungsrelevanter Daten im Rahmen der Beantragung von
Sozialhilfe dient.

Es erfolgte außerdem eine Belehrung darüber, dass die Möglichkeit besteht,
personenbezogene Daten auf der Ausgabenseite zu schwärzen.

Personenbezogene Daten in diesem Sinne sind Angaben über die rassische und ethnische
Herkunft, politische Meinungen, religiöse und philosophische Überzeugungen,
Gewerkschaftszugehörigkeiten, Gesundheit oder Sexualleben.

Ort, Datum

Unterschrift

2. Persönliche Dokumente

Hiermit willige ich ein, dass die von mir vorgelegten folgenden personenbezogenen
Daten in Form von Kopien in meinen Akten gespeichert werden:

Zutreffendes bitte ankreuzen !

- Identitätsnachweis (Personalausweis, Reisepass, sonstiger Lichtbildausweis)
- Krankenversichertenkarte
- Schwerbehindertenausweis
- Mutterpass (nur die Angaben: Name der Mutter, voraussichtlicher Entbindungstermin)

Ort, Datum

Unterschrift