

An
Niedersächsisches Landesamt
für Soziales, Jugend und Familie
(Landessozialamt - LS)

<u>Geschäftszeichen</u>	Eingangsstempel	O E G
– wird vom Landessozialamt ausgefüllt –		

Antrag

auf Gewährung von Bestattungsgeld nach § 36 Abs. 3 Bundesversorgungsgesetz (BVG)

Sie werden gebeten, die nachstehenden Fragen sorgfältig und vollständig zu beantworten und die jeweils angegebenen Unterlagen beizufügen. Sofern sie der Außenstelle Braunschweig noch keine **Sterbeurkunde** übersandt haben sollten, fügen Sie die Urkunde bitte diesem Antrag bei.

Zutreffendes bitte ankreuzen

Angaben zum Antragsteller

Name:

Anschrift:

Telefon:

Angaben zum/zur Verstorbenen

Name:

Geburtsdatum:

Todestag:

Letzter ständiger Wohnort (Postleitzahl Wohnort, Wohnung):

Wo ist der Tod eingetreten? (Bezeichnung des Ortes, Krankenhauses)

Angaben zur Gewalttat

Tatort:

Tatzeit:

Aktenzeichen der Staatsanwaltschaft:

Haben Sie die Kosten der Bestattung bestritten

Ja Nein

wenn nein, wer sonst:

oder wurden die Bestattungskosten aus öffentl. Mitteln (vom Sozialamt, von der Gemeinde usw.) getragen oder vorschussweise gezahlt? Zutreffendenfalls, von welcher Stelle? :

Welcher Betrag an Bestattungskosten wurde von Ihnen bezahlt?

ca.

Bitte Rechnungen beizufügen.

Zu den Bestattungskosten gehören die Kosten der Leichenschau, der Leichenpflege, der Aufbahrung ferner die Kosten des eigentlichen Begräbnisses einschließlich kirchlicher Handlungen, nicht dagegen die Aufwendungen für einen Grabstein, die Abhaltung von Seelengottesdiensten oder eine Leichenüberführung. Ferner gehören zu den Bestattungskosten die Kosten für den Ankauf der Grabstätte oder des Reihengrabes einschließlich ihrer einfachen Herrichtung, nicht aber die Kosten eines Erbbegräbnisses.

Haben Sie mit dem Verstorbenen zur Zeit des Todes in häuslicher Gemeinschaft gelebt? ja nein

Wenn ja, in welchem Verwandschaftsverhältnis standen Sie zu dem Verstorbenen? :

Falls nein, haben Sie von der verstorbenen Person Unterhaltsleistungen erhalten? ja nein

Wenn ja, fügen Sie bitte einen Nachweis über Art und Höhe der Unterhaltsleistungen bei.

Falls nein, haben Sie die verstorbenen Person bis zum Tode gepflegt? ja nein

Sind Ihnen durch testamentarische Verfügung aus dem Nachlass ausdrücklich Geldmittel zum Ausgleich der Bestattungskosten zugeflossen ? Betrag: ja nein

Mit welchen weiteren Angehörigen (Ehegatten, Kindern, Vater, Mutter, Stiefeltern, Pflegeeltern, Großvater, Großmutter, Geschwister, Geschwisterkinder) hat der Verstorbene zur Zeit des Todes in häuslicher Gemeinschaft gelebt. keine

Name:

Verwandschaftsverhältnis:

Anschrift

Wurde der Tod durch einen Unfall herbeigeführt? ja nein

Ist aus diesem Anlass von der gesetzlichen Unfallversicherung ein Sterbegeld bewilligt worden, ggf. in welcher Höhe, bzw. wurde die Gewährung eines Sterbegeldes beantragt? Betrag: ja nein

Wird Sterbegeld vom Bundesausgleichsamt (Kriegsschadenrente) gezahlt, ggf. in welcher Höhe? Betrag: ja nein

Ist bei einer anderen Stelle ein Sterbegeld beantragt worden, ggf. wo? ja nein

Ggf.: In welcher Höhe wurde Ihnen ein Sterbe-/ Bestattungsgeld gezahlt? Betrag:

Stand der Verstorbene unmittelbar vor dem Tode in ärztlicher Behandlung, ggf., bei welchem Arzt? ja nein

In welchem Krankenhaus?

Wurde eine Sektion vorgenommen? ja nein

Wer hat den Totenschein ausgestellt?

Mir zustehende Leistungen bitte ich auf mein Konto Nr.: _____ BLZ _____ bei der/dem _____ zu überweisen.

Ich erkläre ausdrücklich, dass ich die vorstehenden Fragen nach besten Wissen und Gewissen beantwortet habe.

Einverständniserklärung

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass das Nieders. Landesamt für Soziales, Jugend und Familie die für die Feststellung erforderlichen Auskünfte einholt und die über den Verstorbenen bei den genannten Ärzten, Krankenanstalten, Behörden, Sozialleistungsträgern, privaten Krankenversicherung und gleichgestellten Stellen geführten medizinischen Unterlagen, insbesondere Entlassungsberichte, Zwischenberichte, Befundberichte, Röntgenbilder, in dem Umfang zur Einsicht bezieht, soweit sie zur Bearbeitung meines Antrages erforderlich sind. Weiterhin erkläre ich mich damit einverstanden, dass die beim Landessozialamt geführten Akten nach dem Bundesversorgungsgesetz oder dessen Anhangsgesetzen falls erforderlich zur Prüfung einem Außengutachter zur Begutachtung übersandt werden.

Ich genehmige die Verwertung dieser Unterlagen im Feststellungsverfahren und einem eventuell anschließenden Widerspruchsverfahren und entbinde die beteiligten Ärzte insoweit von ihrer Schweigepflicht.

Raum für etwaige Einschränkungen des Einverständnisses:

Ort _____

Datum _____

Unterschrift _____