

**Magistrat der Stadt Stadtallendorf**  
**- Friedhofsverwaltung -**  
**Bahnhofstraße 2**  
**35260 Stadtallendorf**  
 Tel. 0 64 28 / 707 306 Fax: 0 64 28 / 707 400 sabine.back@stadtallendorf.de

**A N T R A G A U F**

<input type="checkbox"/> Graberwerb und Bestattung	<input type="checkbox"/> Friedhof Kernstadt
<input type="checkbox"/> Bestattung in vorh. Grabstätte	<input type="checkbox"/> Friedhof Stadtteil Niederklein
<input type="checkbox"/> Benützung der Trauerhalle	<input type="checkbox"/> Friedhof Stadtteil Erksdorf
<input type="checkbox"/> Benützung von Einrichtungen	<input type="checkbox"/> Friedhof Stadtteil Schweinsberg
Anlagen: <input type="checkbox"/> Sterbeurkunde - wird nachgereicht <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Friedhof Stadtteil Wolferode

**Antragsteller(in)**

Name	Vorname
Straße	
PLZ, Ort	
Verwandtschaftsverhältnis zum(r) Verstorbenen	geb. am

**Verstorbene(r)**

Name	Vorname
ggfs. Geburtsname	
geb. am	verst. am
zuletzt Wohnhaft: Anschrift	
Konfession	

**Hiermit beantrage ich folgende Leistungen der Stadt Stadtallendorf:** (siehe Gebührenordnung zur Friedhofssatzung)

<input type="checkbox"/> Bestattung	Datum, Uhrzeit	<b>Benützung von Einrichtungen</b>
<input type="checkbox"/> Urnenbeisetzung		
<input type="checkbox"/> Trauerhalle für Trauerfeier	Datum, Uhrzeit	
<input type="checkbox"/> Gestellung städt. Personal	bitte gewünschte Tätigkeit(en) angeben:	<input type="checkbox"/> Aufbewahrung mit Kühlung ab
		<input type="checkbox"/> Aufbewahrung ohne Kühlung
		<input type="checkbox"/> Aufbewahrung Urne
		<input type="checkbox"/> Benützung Sezierraum am
		<input type="checkbox"/> Mobile Lautsprecheranlage
		<input type="checkbox"/> Mikrofon zum Umhängen <input type="checkbox"/> Mikrofon auf Stativ

<input type="checkbox"/> <b>Erwerb des Nutzungsrechts an einer Grabstätte</b>	<input type="checkbox"/> <b>Grabstätte vorhanden</b>
<input type="checkbox"/> Reihengrab (Einzelgrab) <input type="checkbox"/> Rasengrab f. Erdbestattung (nicht Friedhof Schweinsberg) <input type="checkbox"/> Wahlgrab (Doppelgrab) mit allgem. Gestaltungsfestsetz. <input type="checkbox"/> Wahlgrab (Doppelgrab) mit zusätzl. Gestaltungsfestsetz. (s. gesonderte Anlage) <input type="checkbox"/> anonymes Erdgrab <input type="checkbox"/> Sonstiges:	<input type="checkbox"/> Wahlgrab (Dreiergrab) <input type="checkbox"/> Urnen-Reihengrab (Einzelgrab) <input type="checkbox"/> Baumgrabstätte für Urnenbeisetzung (Kernstadt und Schweinsberg) <input type="checkbox"/> Urnen-Wahlgrab/Fam.-Grab für bis zu 2 Urnen <input type="checkbox"/> Urnengrab Urnenwand <input type="checkbox"/> anonymes Urnengrab <input type="checkbox"/> Urnen-Wahlgrab/Fam.grab für bis zu 4 Urnen (nur Friedhof Kernstadt) <input type="checkbox"/> Wahlgrab einstellig (nur musl. Gräberfeld Friedhof Kernstadt) <input type="checkbox"/> Kindergrab als Reihengrab <input type="checkbox"/> Kindergrab als einstelliges Wahlgrab
<b>Grablage</b> (Angaben ggfs. durch die Verwaltung) Gräberfeld, Grab Nr. _____ <b>bestehendes Nutzungsrecht</b> von _____ bis _____ Belegung: _____	

**Grabinhaber(in)/Nutzungsberechtigte(r)**

<input type="checkbox"/> Das Nutzungsrecht soll übertragen werden auf Antragsteller(in)	<input type="checkbox"/> Verstorbene(r) war Grabinhaber(in)/Nutzungsberechtigte(r) andere(r) Grabinhaber(in)/Nutzungsber. - Zustimmung erforderlich
<b>Grabinhaber</b>	<b>Zustimmung</b>
Name	Name
Vorname	Vorname
Straße	
PLZ, Ort	
Verwandtschaftsverhältnis zum(r) Verstorbenen	geb. am
Ort, Datum	
Unterschrift	

**Hinweis gemäß der Europäischen Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO):**  
 Es wird darauf hingewiesen, dass die angegebenen personenbezogenen Daten zur Erfüllung einer gesetzlichen Verpflichtung (hier: Durchführung des Hess. Friedhofs- und Bestattungsgesetzes und der dazu erlassenen städtischen Friedhofssatzung) erhoben und verarbeitet werden. Die Verarbeitung der Daten erfolgt ausschließlich zu diesem Zweck.

Falls Sie für die Begleichung der anfallenden Gebühren und der Kosten für das Bestattungsunternehmen nicht über ausreichende Mittel verfügen sollten, sind Sie verpflichtet, beim Sozialamt des Sterbeortes einen Kostenübernahmeantrag zu stellen.

Ich erkläre mit meiner Unterschrift, dass ich die vorstehenden Ausführungen sorgsam gelesen und verstanden habe. Ferner erkläre ich damit, dass ich bezügl. der Zahlung der Gebühren für die von mir beantragten und genutzten Leistungen zahlungspflichtig, zahlungsfähig und -willig bin und diese fristgerecht auf die Zahlungsaufforderung hin bezahlen werde.

**Antragsteller/Kostenträger**

**Unterschrift**

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------

**abweichender Kostenträger**

**Unterschrift**

Name	Vorname
Anschrift	
Ort, Datum	Unterschrift