

Landkreis Ostprignitz-Ruppin
 Amt für soziale Leistungen
 Heinrich-Rau-Straße 27-30
 16816 Neuruppin

Bekanntgabe:

Antragseingang:

Antrag auf Übernahme von Bestattungskosten gem. § 74 Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch (SGB XII)

1. Angaben zum Antragsteller und dessen Ehepartner / Partner in eheähnlicher Gemeinschaft

	Antragsteller/in	Lebens- /Ehepartner/in
Name, Vorname		
Geburtsdatum / -ort		
Wohnanschrift		
Telefonnummer für Rückfragen		
<u>Einkommen</u>	in €	in €
Rente		
ALG I/ALG II		
Elterngeld		
Erwerbseinkommen		
BAföG / BAB		
Unterhalt / Unterhaltsvorschuss		
Krankengeld		
Kindergeld		
Hilfe zum Leben		
Grundsicherung		
Sonstiges (bitte näher bezeichnen)		

<u>Vermögen</u>		
Haus- und Wohneigentum		
Grundstücke		
Kraftfahrzeug (Baujahr + Typ)		
Sparguthaben		
Bargeld/ Girokontoguthaben		
Bausparguthaben		
Rückkaufswert Lebensversicherung		
Wertpapiere/Aktien/ Fondsanteile		
sonstige Kapitalanlagen		

<u>Monatliche Belastungen</u>	Antragsteller/in in €	Lebens-/Ehepartner/in in €
Unterhaltsverpflichtungen		
Gas – (Heizgas)		
Hausratversicherung		
Haftpflichtversicherung		
Haus-Kreditbelastungen		
Sonstige Belastungen (bitte näher bezeichnen)		

<u>Monatliche Wohnkosten</u>		
Grundmiete (kalt)		
Betriebskosten (ohne Heizung)		
Heizkosten Art der Heizung:		<input type="checkbox"/> Heizkosten incl. Warmwasserbereitung <input type="checkbox"/> Heizkosten ohne Warmwasser
Monatl. Belastungen bei Wohneigentum (Schuldzinsen, Grundsteuer, Gebäudeversicherung, Müllgebühren, Wasser-/Abwasserkosten, Schornsteinfegergebühren, Anliegerbeiträge, Sonstiges) - bitte alles belegen! -		(Bruttowarm) Gesamtkosten: €

Kinder und weitere Haushaltsangehörige des Antragstellers

Name, Vorname	Geburtsdatum	Verwandschafts- oder sonstiges Verhältnis zum Antragsteller	wohnhaft im Haus- halt des Antragstellers?	vom Antragsteller/Ehe- o. Lebenspartner finanziell über- wiegend 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	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Besondere Begründung des Antrages

Empty text area for providing a special justification for the application.

Besondere Mitteilungen oder Hinweise des Antragstellers zum Antrag

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 oder nicht genügend Selbsthilfe erkennbar ist.

Ort, Datum	Unterschrift Antragsteller/in	Unterschrift Ehe-/Lebenspartner
------------	-------------------------------	---------------------------------