

Stadt Hemer
 Sozialabteilung
 Hademareplatz 48

 58675 Hemer

Datum	
Sachbearbeiter/ in	
Zimmer	
Telefon	

**Antrag auf Übernahme von Bestattungskosten
 gemäß § 74 Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch (SGB XII)**

1. Verstorbene/r

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

2. Persönliche Angaben

	Antragsteller/in	Lebens-/ Ehepartner/in
Verwandschaftliches Verhältnis		
Name, Vorname		
Geburtsdatum		
Wohnanschrift		
Telefon		

3. Wohnung und monatliche Miet- und Mietnebenkosten

Grundmiete ohne Heizung		
Nebenkosten ohne Heizung		Art der Nebenkosten:
Heizungskosten		Art der Heizung:

4. Kinder, und weitere Haushaltsangehörige

Name, Vorname	Geburtsdatum

5. Einkommen

	Antragsteller/in	Lebens-/ Ehepartner/in
Erwerbseinkommen	€	€
Rente	€	€
ALG I/ ALG II	€	€

Erziehungsgeld	€	€
BaföG/ BAB	€	€
Unterhalt	€	€
Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung	€	€
Sonstiges (Bitte näher bezeichnen)	€	€

6. Vermögen

	Antragsteller/in	Lebens-/ Ehepartner/in
Haus-/ Wohnungseigentum	€	€
Kraftfahrzeug (Baujahr, Typ)	€	€
Sparguthaben	€	€
Wertpapiere / Fondanteile	€	€
Sonstige Kapitalanlagen (z.B. Bausparverträge, Lebensversicherung)	€	€

7. Monatliche Belastungen

	Antragsteller/in	Lebens-/ Ehepartner/in
Unterhalt	€	€
Energie	€	€
Gas	€	€
Vorsorgeversicherungen	€	€
Haftpflichtversicherungen	€	€
Schulden/ Kredite	€	€
Sonstige Belastungen (Bitte näher bezeichnen)	€	€

8. Vermögen des Verstorbenen

Art	Betrag
Bargeldbestand	€
Girokontobestand	€
Sparguthaben (z.B. Sparbuch, Wertpapiere, Aktien)	€
Versicherungen (z.B. Lebensversicherung)	€
Wert des Nachlasses (z.B. Immobilien, Gemälde, Münz-/ Briefmarkensammlung)	€

9. Mögliche Erben und Angehörigen des/ der Verstorbenen

Erbe/n / verwandtschaftliches Verhältnis	Name, Vorname	Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort)

10. Besondere Gründe des Antrages

Erklärung des/ der Antragsteller(s)/ in

Ich/Wir beantrage/n die Gewährung der Übernahme von Bestattungskosten nach dem SGB XII. Ich/Wir versichere/ versichern, dass die Angaben in diesem Antrag voll der Wahrheit entsprechen und das 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. Sozialgesetzbuch – SGB I – Allgemeiner Teil) 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

Antragsteller/in

Sachbearbeiter