



Eingangsstampiglie

Antrag auf Mindestsicherung

Lebensunterhalt und Grundbetrag
zur Deckung des Wohnbedarfs

**Bitte das Formular vollständig und deutlich lesbar ausfüllen
sowie an den dafür vorgesehenen Stellen unterschreiben**

Die Personendaten, aktuelle Einkommens- und Vermögensverhältnisse von folgenden im gemeinsamen Haushalt lebenden

Personen: Ehepartner*in/ Lebensgefährt*in/ eingetragene*r Partner*in sowie minderjährige und volljährige

Kinder bis zum 21. Geburtstag, wenn die Schulausbildung vor dem 18. Lebensjahr begonnen wurde **sind anzuführen.**

Folgende Unterlagen sind in Kopie beizulegen:

- › Amtlicher Lichtbildausweis
- › Personaldokumente
- › Aktuelle Einkommensbelege
- › Nachweise über beantragte Leistungen
- › Nachweise über Vermögen
- › Nachweis über Kontoinhaber*in
- › Behindertenpass gemäß §40 Bundesbehindertengesetz – BBG
- › Mietbelege

Weiterführende Informationen zu diesen Unterlagen sind im Informationsblatt gemäß §33 WMG zu finden.

PersID	Antragsteller*in	Partner*in, Lebensgefährt*in
Geschlecht *	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers
Versicherungsnr. und Geburtsdatum	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid #ccc; width: 40px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid #ccc; width: 40px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="margin: 0 5px;">/</div> <div style="display: flex; gap: 5px;"> <div style="border: 1px solid #ccc; width: 20px; height: 20px; text-align: center; font-size: 8px;">T</div> <div style="border: 1px solid #ccc; width: 20px; height: 20px; text-align: center; font-size: 8px;">T</div> <div style="border: 1px solid #ccc; width: 20px; height: 20px; text-align: center; font-size: 8px;">M</div> <div style="border: 1px solid #ccc; width: 20px; height: 20px; text-align: center; font-size: 8px;">M</div> <div style="border: 1px solid #ccc; width: 20px; height: 20px; text-align: center; font-size: 8px;">J</div> <div style="border: 1px solid #ccc; width: 20px; height: 20px; text-align: center; font-size: 8px;">J</div> </div> </div>	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid #ccc; width: 40px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid #ccc; width: 40px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="margin: 0 5px;">/</div> <div style="display: flex; gap: 5px;"> <div style="border: 1px solid #ccc; width: 20px; height: 20px; text-align: center; font-size: 8px;">T</div> <div style="border: 1px solid #ccc; width: 20px; height: 20px; text-align: center; font-size: 8px;">T</div> <div style="border: 1px solid #ccc; width: 20px; height: 20px; text-align: center; font-size: 8px;">M</div> <div style="border: 1px solid #ccc; width: 20px; height: 20px; text-align: center; font-size: 8px;">M</div> <div style="border: 1px solid #ccc; width: 20px; height: 20px; text-align: center; font-size: 8px;">J</div> <div style="border: 1px solid #ccc; width: 20px; height: 20px; text-align: center; font-size: 8px;">J</div> </div> </div>
Familienname	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Vorname	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Krankenversicherung *	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> mitversichert bei (Name + Vers.Nr.): <input style="width: 100%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> mitversichert bei (Name + Vers.Nr.): <input style="width: 100%;" type="text"/>

Aktuelle Adresse*	<input type="checkbox"/> Hauptwohnsitz
PLZ/Ort/Straße/Nr.	<input style="width: 100%;" type="text"/>
	<input type="checkbox"/> Obdachlos › Kontakt-/Zustelladresse
	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Erreichbarkeit *	<input type="checkbox"/> Aktuelle Telefonnummer <input style="width: 100%;" type="text"/>
	<input type="checkbox"/> E-Mail <input style="width: 100%;" type="text"/>

* bitte Zutreffendes ankreuzen

Antragsteller*in**Partner*in, Lebensgefährte*in****Familienstand ***

- ledig
- verheiratet / eingetragene Partnerschaft
- getrennt lebend
- geschieden
- verwitwet

ledig

- verheiratet / eingetragene Partnerschaft
- getrennt lebend
- geschieden
- verwitwet

Staatsangehörigkeit**Aufenthaltsstatus ***

(nicht erforderlich bei
österreichischer
Staatsbürgerschaft)

- EU / EWR – Bürger*in
- Asylberechtigte*r
- Drittstaatsangehörige*r
- Brit*innen mit einem Aufenthaltstitel „Artikel 50 EUV“, die aufgrund des Austrittsabkommens mit österr. Staatsbürger*innen gleichzustellen sind
- Sonstige (z.B. subsidiär Schutzberechtigte*r, Asylwerber*in, Visum, kein Aufenthaltstitel, usw.)

EU / EWR – Bürger*in

- Asylberechtigte*r
- Drittstaatsangehörige*r
- Brit*innen mit einem Aufenthaltstitel „Artikel 50 EUV“, die aufgrund des Austrittsabkommens mit österr. Staatsbürger*innen gleichzustellen sind
- Sonstige (z.B. subsidiär Schutzberechtigte*r, Asylwerber*in, Visum, kein Aufenthaltstitel, usw.)

Ausbildung *

- Schule (derzeit laufend)
- kein Schulabschluss
- abgeschlossene Pflichtschule
- abgeschlossene Lehre/Ausbildung
- Matura
- Studium (derzeit laufend)
- Studium (abgeschlossen)
- Sonstiges

Schule (derzeit laufend)

- kein Schulabschluss
- abgeschlossene Pflichtschule
- abgeschlossene Lehre/Ausbildung
- Matura
- Studium (derzeit laufend)
- Studium (abgeschlossen)
- Sonstiges

**Art der derzeitigen
Beschäftigung ***

- unselbstständige Erwerbstätigkeit
- selbstständige Erwerbstätigkeit
- arbeitslos

- unselbstständige Erwerbstätigkeit
- selbstständige Erwerbstätigkeit
- arbeitslos

**Art des derzeitigen
Einkommens ***

- kein Einkommen
- Erwerbseinkommen
- AMS – Leistung (z.B. Arbeitslosengeld, Notstandshilfe, Kursbeihilfe, usw.)
- Leistung d. Gebietskrankenkasse (z.B. Krankengeld, Kinderbetreuungsgeld, Rehabgeld, usw.)
- Unterhalt/Alimente
- Pension / Rente
- Grundversorgung
- Sonstiges

- kein Einkommen
- Erwerbseinkommen
- AMS – Leistung (z.B. Arbeitslosengeld, Notstandshilfe, Kursbeihilfe, usw.)
- Leistung d. Gebietskrankenkasse (z.B. Krankengeld, Kinderbetreuungsgeld, Rehabgeld, usw.)
- Unterhalt/Alimente
- Pension / Rente
- Grundversorgung
- Sonstiges

**Behindertenpass
gemäß § 40 BBG ***

- ja
- nein

- ja
- nein

Erwachsenenvertreter*in / vertretungsbefugte Person Bitte Vertretungsbefugnis beifügen

Familienname/Vorname

Adresse

**Telefon-Nummer/
E-Mail**

* bitte Zutreffendes ankreuzen

Angaben über die im gemeinsamen Haushalt lebenden minderjährigen u. volljährigen Kinder bis zum 21. Geburtstag, wenn die Schulausbildung vor dem 18. Lebensjahr begonnen wurde.

Familienname / Vorname	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Versicherungsnr. und Geburtsdatum	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Geschlecht <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers
Krankenversicherung *	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> mitversichert bei (Name, Vers.Nr., Vers.Anstalt): <input type="text"/>	
Familienstand *	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet/eingetragene Partnerschaft <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> getrennt lebend	
Ausbildung/Beschäftigung *	<input type="checkbox"/> Schüler*in <input type="checkbox"/> Lehrling <input type="checkbox"/> Student*in <input type="checkbox"/> arbeitslos <input type="checkbox"/> Angestellte*r / Arbeiter*in <input type="checkbox"/> selbständige Erwerbstätigkeit	
Einkommen *	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welches: <input type="text"/>	
Staatsangehörigkeit	<input type="checkbox"/> Österreicher*in <input type="checkbox"/> EU/EWR-Bürger*in <input type="checkbox"/> Drittstaatsangehörige*r <input type="checkbox"/> Asylberechtigte*r	
Aufenthaltsstatus *	<input type="checkbox"/> Brit*innen mit einem Aufenthaltstitel „Artikel 50 EUV“, die aufgrund des Austrittsabkommens mit österr. Staatsbürger*innen gleichzustellen sind <input type="checkbox"/> Sonstiges	
Behindertenpass gemäß § 40 BBG *	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Familienname / Vorname	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Versicherungsnr. und Geburtsdatum	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Geschlecht <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers
Krankenversicherung *	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> mitversichert bei (Name, Vers.Nr., Vers.Anstalt): <input type="text"/>	
Familienstand *	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet/eingetragene Partnerschaft <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> getrennt lebend	
Ausbildung/Beschäftigung *	<input type="checkbox"/> Schüler*in <input type="checkbox"/> Lehrling <input type="checkbox"/> Student*in <input type="checkbox"/> arbeitslos <input type="checkbox"/> Angestellte*r / Arbeiter*in <input type="checkbox"/> selbständige Erwerbstätigkeit	
Einkommen *	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welches: <input type="text"/>	
Staatsangehörigkeit	<input type="checkbox"/> Österreicher*in <input type="checkbox"/> EU/EWR-Bürger*in <input type="checkbox"/> Drittstaatsangehörige*r <input type="checkbox"/> Asylberechtigte*r	
Aufenthaltsstatus *	<input type="checkbox"/> Brit*innen mit einem Aufenthaltstitel „Artikel 50 EUV“, die aufgrund des Austrittsabkommens mit österr. Staatsbürger*innen gleichzustellen sind <input type="checkbox"/> Sonstiges	
Behindertenpass gemäß § 40 BBG *	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Familienname / Vorname	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Versicherungsnr. und Geburtsdatum	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Geschlecht <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers
Krankenversicherung *	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> mitversichert bei (Name, Vers.Nr., Vers.Anstalt): <input type="text"/>	
Familienstand *	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet/eingetragene Partnerschaft <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> getrennt lebend	
Ausbildung/Beschäftigung *	<input type="checkbox"/> Schüler*in <input type="checkbox"/> Lehrling <input type="checkbox"/> Student*in <input type="checkbox"/> arbeitslos <input type="checkbox"/> Angestellte*r / Arbeiter*in <input type="checkbox"/> selbständige Erwerbstätigkeit	
Einkommen *	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welches: <input type="text"/>	
Staatsangehörigkeit	<input type="checkbox"/> Österreicher*in <input type="checkbox"/> EU/EWR-Bürger*in <input type="checkbox"/> Drittstaatsangehörige*r <input type="checkbox"/> Asylberechtigte*r	
Aufenthaltsstatus *	<input type="checkbox"/> Brit*innen mit einem Aufenthaltstitel „Artikel 50 EUV“, die aufgrund des Austrittsabkommens mit österr. Staatsbürger*innen gleichzustellen sind <input type="checkbox"/> Sonstiges	
Behindertenpass gemäß § 40 BBG *	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

* bitte Zutreffendes ankreuzen

Aktuelle Vermögensverhältnisse im Inland und Ausland von allen im Antrag angeführten Personen *

<input type="checkbox"/> kein Vermögen			
<input type="checkbox"/> Barvermögen (z.B. Konto, Sparguthaben, usw.)	aktuelles Guthaben:	<input type="text"/>	Euro
<input type="checkbox"/> Bausparvertrag	aktuelles Guthaben:	<input type="text"/>	Euro
<input type="checkbox"/> Lebensversicherung	aktuelles Guthaben:	<input type="text"/>	Euro
<input type="checkbox"/> Pensionsvorsorge	aktuelles Guthaben:	<input type="text"/>	Euro
<input type="checkbox"/> sonstiges Vermögen (z.B. Aktien, Fonds, Wertpapiere, usw.)	aktuelles Guthaben:	<input type="text"/>	Euro
<input type="checkbox"/> Auto/Motorrad			
KFZ-Art:	<input type="text"/>	Marke:	<input type="text"/>
		Baujahr:	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Eigentumswohnung/Grundbesitz/Liegenschaft			
Einlagezahl-Grundbuch:	<input type="text"/>		
Katastralgemeinde:	<input type="text"/>		

Ich benötige Mietbeihilfe und gebe folgende Daten bekannt:

Anzahl der an der Wohnadresse gemeldeten Personen	<input type="text"/>
Aktuelle monatliche Miete	<input type="text"/> Euro
Wohnungsgröße	<input type="text"/> m ²
Mietverhältnis *	<input type="checkbox"/> Eigentümer*in <input type="checkbox"/> Hauptmieter*in <input type="checkbox"/> Untermieter*in > ich bewohne <input type="checkbox"/> <input type="text"/> Zimmer <input type="checkbox"/> die gesamte Wohnung <input type="checkbox"/> Mitbewohner*in <input type="checkbox"/> Wohngemeinschaft <input type="checkbox"/> betreuter Wohnplatz

Die Zustellung soll erfolgen an:

Zustellbevollmächtigte*r gem. § 9 Abs. 4 Zustellgesetz:

Familienname / Vorname	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geburtsdatum	T T M M J J J J	<input type="text"/>
Aktuelle Adresse (PLZ/Ort/Straße/Nr.)	<input type="text"/>	

Die Überweisung der Leistung soll erfolgen an:

Kontoinhaber*in:

Familienname / Vorname	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geburtsdatum	T T M M J J J J	<input type="text"/>
Bankinstitut/BIC:	<input type="text"/>	
Kontonummer/IBAN:	<input type="text"/>	

* bitte Zutreffendes ankreuzen

Datenschutzrechtliche Informationen gemäß Art. 13 DSGVO:

<https://www.wien.gv.at/kontakte/ma40/ds-info/index.html>

- Durch das Ankreuzen beziehungsweise durch meine Unterschrift bestätige ich, dass alle Angaben im Antrag der Wahrheit entsprechen. Unvollständige und unwahre Angaben im Antrag können strafrechtliche Konsequenzen nach sich ziehen. Ich habe den Inhalt des Informationsblattes (§33 WMG) verstanden und als Bestandteil des Antrages zur Kenntnis genommen.

Unterschriften aller im Antrag angeführten volljährigen Personen

--	--	--

Unterschrift

Unterschrift

Unterschrift

Wien, am

* bitte Zutreffendes ankreuzen

Stand: März 2024