



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/ Lebensgefährte*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

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

PersID	Antragsteller*in	Partner*in, Lebensgefährte*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 black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> / <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: small; margin-top: 5px;"> TTMMJJ </div>	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> / <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: small; margin-top: 5px;"> TTMMJJ </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	<input style="width: 100%;" type="text"/>
PLZ/Ort/Straße/Nr.	<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	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>	
Telefon-Nummer/ E-Mail	<input type="text"/>	

* 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

Versicherungsnr. und Geburtsdatum / T T M M J J Geschlecht weiblich männlich divers

Krankenversicherung * ja nein mitversichert bei (Name, Vers.Nr., Vers.Anstalt):

Familienstand * ledig verheiratet/eingetragene Partnerschaft geschieden verwitwet getrennt lebend

Ausbildung/Beschäftigung * Schüler*in Lehrling Student*in arbeitslos Angestellte*r / Arbeiter*in selbständige Erwerbstätigkeit

Einkommen * nein ja, welches:

Staatsangehörigkeit Österreicher*in EU/EWR-Bürger*in Drittstaatsangehörige*r Asylberechtigte*r

Aufenthaltsstatus * Brit*innen mit einem Aufenthaltstitel „Artikel 50 EUV“, die aufgrund des Austrittsabkommens mit österr. Staatsbürger*innen gleichzustellen sind Sonstiges

Behindertenpass gemäß § 40 BBG * ja nein

Familienname / Vorname

Versicherungsnr. und Geburtsdatum / T T M M J J Geschlecht weiblich männlich divers

Krankenversicherung * ja nein mitversichert bei (Name, Vers.Nr., Vers.Anstalt):

Familienstand * ledig verheiratet/eingetragene Partnerschaft geschieden verwitwet getrennt lebend

Ausbildung/Beschäftigung * Schüler*in Lehrling Student*in arbeitslos Angestellte*r / Arbeiter*in selbständige Erwerbstätigkeit

Einkommen * nein ja, welches:

Staatsangehörigkeit Österreicher*in EU/EWR-Bürger*in Drittstaatsangehörige*r Asylberechtigte*r

Aufenthaltsstatus * Brit*innen mit einem Aufenthaltstitel „Artikel 50 EUV“, die aufgrund des Austrittsabkommens mit österr. Staatsbürger*innen gleichzustellen sind Sonstiges

Behindertenpass gemäß § 40 BBG * ja nein

Familienname / Vorname

Versicherungsnr. und Geburtsdatum / T T M M J J Geschlecht weiblich männlich divers

Krankenversicherung * ja nein mitversichert bei (Name, Vers.Nr., Vers.Anstalt):

Familienstand * ledig verheiratet/eingetragene Partnerschaft geschieden verwitwet getrennt lebend

Ausbildung/Beschäftigung * Schüler*in Lehrling Student*in arbeitslos Angestellte*r / Arbeiter*in selbständige Erwerbstätigkeit

Einkommen * nein ja, welches:

Staatsangehörigkeit Österreicher*in EU/EWR-Bürger*in Drittstaatsangehörige*r Asylberechtigte*r

Aufenthaltsstatus * Brit*innen mit einem Aufenthaltstitel „Artikel 50 EUV“, die aufgrund des Austrittsabkommens mit österr. Staatsbürger*innen gleichzustellen sind Sonstiges

Behindertenpass gemäß § 40 BBG * ja 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"/>		

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"/>	

Datenschutzrechtliche Informationen gemäß Art. 13 DSGVO:

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

- Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass alle Angaben im Antrag der Wahrheit entsprechen. Ich habe den Inhalt des Informationsblattes (§33 WMG) verstanden und als Bestandteil des Antrages zur Kenntnis genommen.

Unterschriften aller im Ansuchen angeführten volljährigen Personen

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Unterschrift	Unterschrift	Unterschrift
Wien, am	<input type="text"/>	

* bitte Zutreffendes ankreuzen



Eingangsstampiglie

Antrag auf Mietbeihilfe

Nur auszufüllen von: Hauptmieter*innen,
Untermieter*innen einer gesamten Wohnung,
Bewohner*innen von betreuten Wohnplätzen,
Bewohner*innen einer eigenen Eigentumswohnung

Bitte das Formular vollständig und deutlich lesbar ausfüllen.

Folgende Unterlagen sind in Kopie beizulegen:

- › Hauptmietvertrag, Untermietvertrag oder Nutzungsvereinbarung
- › Nachweis über die Höhe der aktuellen Mietkosten
- › Gegebenenfalls aktueller Bescheid der MA 50 (Wohnbeihilfe)

Aktuelle Wohnverhältnisse

Familienname	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
Vorname	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
Aktuelle Adresse PLZ/Ort/Straße/Nr.	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
Anzahl der an der Wohnadresse gemeldeten Personen:	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
Aktuelle monatliche Miete	<input style="width: 80%;" type="text"/>	Euro	
Wohnungsgröße	<input style="width: 80%;" type="text"/>	m ²	
Mietverhältnis *	<input type="checkbox"/> Eigentümer*in <input type="checkbox"/> Hauptmieter*in <input type="checkbox"/> Untermieter*in › ich bewohne <input style="width: 50px;" type="text"/> Zimmer <input type="checkbox"/> die gesamte Wohnung <input type="checkbox"/> Mitbewohner*in <input type="checkbox"/> Wohngemeinschaft <input type="checkbox"/> betreuter Wohnplatz		

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass alle Angaben im Antrag der Wahrheit entsprechen. Ich habe den Inhalt des Informationsblattes (§333 WMG) verstanden und als Bestandteil des Antrages zur Kenntnis genommen.

Unterschriften aller im Ansuchen angeführten volljährigen Personen

<input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>
Unterschrift	Unterschrift	Unterschrift
Wien, am <input style="width: 150px;" type="text"/>		

* bitte Zutreffendes ankreuzen

Stand: Oktober 2021