


**Stadt
Wien**

 Soziales, Sozial- und
Gesundheitsrecht

Antrag auf Mindestsicherung

**Lebensunterhalt und Grundbetrag
zur Deckung des Wohnbedarfs**

Stadt Wien
Soziales, Sozial- und Gesundheitsrecht
Tel.: +43 (1) 4000 8040
www.soziales.wien.at

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: EhepartnerIn/ LebensgefährtlIn/ eingetragene/r PartnerIn 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 KontoinhaberIn
- › Behindertenpass gemäß §40 Bundesbehindertengesetz – BBG

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

PersID	AntragstellerIn	PartnerIn, LebensgefährtlIn
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; justify-content: space-between;"> T T M M J J </div> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> T T M M J J </div> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Familienname		
Vorname		
Aktuelle Adresse PLZ/Ort/Straße/Nr.	<input type="checkbox"/> Hauptwohnsitz ----- <input type="checkbox"/> Obdachlos › Kontakt-/Zustelladresse -----	
Erreichbarkeit	<input type="checkbox"/> Aktuelle Telefonnummer -----	<input type="checkbox"/> E-Mail -----
Krankenversicherung *	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> mitversichert bei (Name + Vers.Nr.): -----	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> mitversichert bei (Name + Vers.Nr.): -----

	AntragstellerIn	PartnerIn, Lebensgefährtin
Familienstand *	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet / eingetragene Partnerschaft <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet / eingetragene Partnerschaft <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet
Staatsangehörigkeit		
Aufenthaltsstatus * (nicht erforderlich bei österreichischer Staatsbürgerschaft)	<input type="checkbox"/> EU / EWR – BürgerIn <input type="checkbox"/> Asylberechtigte/r <input type="checkbox"/> Drittstaatsangehörige/r <input type="checkbox"/> Sonstige (z.B. subsidiär Schutzberechtigte/r, AsylwerberIn, Visum, kein Aufenthaltstitel, usw.) -----	<input type="checkbox"/> EU / EWR – BürgerIn <input type="checkbox"/> Asylberechtigte/r <input type="checkbox"/> Drittstaatsangehörige/r <input type="checkbox"/> Sonstige (z.B. subsidiär Schutzberechtigte/r, AsylwerberIn, Visum, kein Aufenthaltstitel, usw.) -----
Ausbildung *	<input type="checkbox"/> Schule (derzeit laufend) <input type="checkbox"/> kein Schulabschluss <input type="checkbox"/> abgeschlossene Pflichtschule <input type="checkbox"/> abgeschlossene Lehre/Ausbildung <input type="checkbox"/> Matura <input type="checkbox"/> Studium (derzeit laufend) <input type="checkbox"/> Studium (abgeschlossen) <input type="checkbox"/> -----	<input type="checkbox"/> Schule (derzeit laufend) <input type="checkbox"/> kein Schulabschluss <input type="checkbox"/> abgeschlossene Pflichtschule <input type="checkbox"/> abgeschlossene Lehre/Ausbildung <input type="checkbox"/> Matura <input type="checkbox"/> Studium (derzeit laufend) <input type="checkbox"/> Studium (abgeschlossen) <input type="checkbox"/> -----
Art der derzeitigen Beschäftigung *	<input type="checkbox"/> unselbstständige Erwerbstätigkeit <input type="checkbox"/> selbstständige Erwerbstätigkeit <input type="checkbox"/> arbeitslos	<input type="checkbox"/> unselbstständige Erwerbstätigkeit <input type="checkbox"/> selbstständige Erwerbstätigkeit <input type="checkbox"/> arbeitslos
Art des derzeitigen Einkommens *	<input type="checkbox"/> kein Einkommen <input type="checkbox"/> Erwerbseinkommen <input type="checkbox"/> AMS – Leistung (z.B. Arbeitslosengeld, Notstandshilfe, Kursbeihilfe, usw.) <input type="checkbox"/> Leistung der Gebietskrankenkasse (z.B. Krankengeld, Kinderbetreuungsgeld, Rehabgeld, usw.) <input type="checkbox"/> Unterhalt/Alimente <input type="checkbox"/> Pension / Rente <input type="checkbox"/> Grundversorgung <input type="checkbox"/> Sonstiges -----	<input type="checkbox"/> kein Einkommen <input type="checkbox"/> Erwerbseinkommen <input type="checkbox"/> AMS – Leistung (z.B. Arbeitslosengeld, Notstandshilfe, Kursbeihilfe, usw.) <input type="checkbox"/> Leistung der Gebietskrankenkasse (z.B. Krankengeld, Kinderbetreuungsgeld, Rehabgeld, usw.) <input type="checkbox"/> Unterhalt/Alimente <input type="checkbox"/> Pension / Rente <input type="checkbox"/> Grundversorgung <input type="checkbox"/> Sonstiges -----
Behindertenpass gemäß § 40 BBG *	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

ErwachsenenvertreterIn / vertretungsbefugte Person

Bitte Vertretungsbefugnis beifügen

Familienname	Vorname
Adresse	Telefon-Nummer
	E-Mail

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	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	T T M M J J 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):	
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"/> SchülerIn <input type="checkbox"/> Lehrling <input type="checkbox"/> StudentIn <input type="checkbox"/> arbeitslos <input type="checkbox"/> Angestellte/r / ArbeiterIn <input type="checkbox"/> selbständige Erwerbstätigkeit	
Einkommen *	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welches:	
Staatsangehörigkeit Aufenthaltsstatus *	<input type="checkbox"/> ÖsterreicherIn <input type="checkbox"/> EU/EWR-BürgerIn <input type="checkbox"/> Drittstaatsangehörige/r <input type="checkbox"/> Asylberechtigte/r <input type="checkbox"/> Sonstiges	
Behindertenpass gemäß § 40 BBG *	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Familienname		
Vorname		
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"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	T T M M J J Geschlecht * <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/>
Krankenversicherung *	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> mitversichert bei (Name, Vers.Nr., Vers.Anstalt):	
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"/> SchülerIn <input type="checkbox"/> Lehrling <input type="checkbox"/> StudentIn <input type="checkbox"/> arbeitslos <input type="checkbox"/> Angestellte/r / ArbeiterIn <input type="checkbox"/> selbständige Erwerbstätigkeit	
Einkommen *	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welches:	
Staatsangehörigkeit Aufenthaltsstatus *	<input type="checkbox"/> ÖsterreicherIn <input type="checkbox"/> EU/EWR-BürgerIn <input type="checkbox"/> Drittstaatsangehörige/r <input type="checkbox"/> Asylberechtigte/r <input type="checkbox"/> Sonstiges	
Behindertenpass gemäß § 40 BBG *	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Familienname		
Vorname		
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"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	T T M M J J Geschlecht * <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/>
Krankenversicherung *	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> mitversichert bei (Name, Vers.Nr., Vers.Anstalt):	
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"/> SchülerIn <input type="checkbox"/> Lehrling <input type="checkbox"/> StudentIn <input type="checkbox"/> arbeitslos <input type="checkbox"/> Angestellte/r / ArbeiterIn <input type="checkbox"/> selbständige Erwerbstätigkeit	
Einkommen *	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welches:	
Staatsangehörigkeit Aufenthaltsstatus *	<input type="checkbox"/> ÖsterreicherIn <input type="checkbox"/> EU/EWR-BürgerIn <input type="checkbox"/> Drittstaatsangehörige/r <input type="checkbox"/> Asylberechtigte/r <input type="checkbox"/> Sonstiges	
Behindertenpass gemäß § 40 BBG *	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

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

kein Vermögen

Barvermögen

(z.B. Konto, Sparguthaben, usw.):

aktuelles Guthaben: EUR

Bausparvertrag

aktuelles Guthaben: EUR

Lebensversicherung

aktuelles Guthaben: EUR

Pensionsvorsorge

aktuelles Guthaben: EUR

sonstiges Vermögen

(z.B. Aktien, Fonds, Wertpapiere, usw.)

aktuelles Guthaben: EUR

Auto / Motorrad

KFZ-Art:

Marke:

Baujahr:

Eigentumswohnung/Grundbesitz/Liegenschaft

Einlagezahl-Grundbuch:

Katastralgemeinde:

Die Zustellung soll erfolgen an:

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

(Vorname, Familienname, Geburtsdatum)

Die Überweisung der Leistung soll erfolgen an:

KontoinhaberIn:

(Vorname, Familienname, Geburtsdatum)

Bankinstitut/BIC:

Kontonummer/ IBAN:

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 Antrag angeführten volljährigen Personen

Wien, am _____

Antrag auf Mietbeihilfe



**Stadt
Wien**

Soziales, Sozial- und
Gesundheitsrecht

Nur auszufüllen von:
HauptmieterInnen,
UntermieterInnen einer gesamten Wohnung,
BewohnerInnen von betreuten Wohnplätzen,
BewohnerInnen einer eigenen Eigentumswohnung

Stadt Wien
 Soziales, Sozial- und Gesundheitsrecht
 Tel.: +43 (1) 4000 8040
 www.soziales.wien.at

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	
Vorname	
Aktuelle Adresse PLZ/Ort/Straße/Nr.	
Anzahl der an der Wohnadresse gemeldeten Personen:	
Aktuelle monatliche Miete	EUR
Wohnungsgröße	m ²
Mietverhältnis *	<input type="checkbox"/> EigentümerIn <input type="checkbox"/> HauptmieterIn <input type="checkbox"/> betreuter Wohnplatz <input type="checkbox"/> UntermieterIn › ich bewohne <input type="checkbox"/> Zimmer <input type="checkbox"/> die gesamte Wohnung

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 Antrag angeführten volljährigen Personen

Wien, am _____

* bitte Zutreffendes ankreuzen