

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
<b>Geschlecht *</b>	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers
<b>Versicherungsnr. und Geburtsdatum</b>	<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	<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
<b>Familienname</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Vorname</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Krankenversicherung *</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> mitversichert bei (Name + Vers.Nr.): <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> mitversichert bei (Name + Vers.Nr.): <input type="text"/>
<b>Aktuelle Adresse*</b> PLZ/Ort/Straße/Nr.	<input type="checkbox"/> Hauptwohnsitz <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Obdachlos › Kontakt-/Zustelladresse <input type="text"/>	
<b>Erreichbarkeit *</b>	<input type="checkbox"/> Aktuelle Telefonnummer <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> E-Mail <input 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"/> <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"/> <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"/> <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 \*

### kein Vermögen

**Barvermögen** (z.B. Konto, Sparguthaben, usw.) aktuelles Guthaben:  Euro

**Bausparvertrag** aktuelles Guthaben:  Euro

**Lebensversicherung** aktuelles Guthaben:  Euro

**Pensionsvorsorge** aktuelles Guthaben:  Euro

**sonstiges Vermögen** (z.B. Aktien, Fonds, Wertpapiere, usw.) aktuelles Guthaben:  Euro

### **Auto/Motorrad**

KFZ-Art:  Marke:  Baujahr:

### **Eigentumswohnung/Grundbesitz/Liegenschaft**

Einlagezahl-Grundbuch:

Katastralgemeinde:

## Die Zustellung soll erfolgen an:

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

Familienname / Vorname

Geburtsdatum 

T	T	M	M	J	J	J	J
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Aktuelle Adresse  
(PLZ/Ort/Straße/Nr.)

## Die Überweisung der Leistung soll erfolgen an:

### Kontoinhaber\*in:

Familienname / Vorname

Geburtsdatum 

T	T	M	M	J	J	J	J
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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 Ansuchen angeführten volljährigen Personen

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Unterschrift

Unterschrift

Unterschrift

Wien, am

\* 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

<b>Familienname</b>	<input type="text"/>
<b>Vorname</b>	<input type="text"/>
<b>Aktuelle Adresse</b> PLZ/Ort/Straße/Nr.	<input type="text"/> <input type="text"/>
<b>Anzahl der an der Wohnadresse gemeldeten Personen:</b>	<input type="text"/>
<b>Aktuelle monatliche Miete</b>	<input type="text"/> Euro
<b>Wohnungsgröße</b>	<input type="text"/> m <sup>2</sup>
<b>Mietverhältnis *</b>	<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

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 type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Unterschrift

Unterschrift

Unterschrift

Wien, am

\* bitte Zutreffendes ankreuzen

Stand: Oktober 2021