



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
<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>	<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;"></div> <div style="border: 1px solid #ccc; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid #ccc; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid #ccc; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="margin: 0 5px;">/</div> <div style="border: 1px solid #ccc; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid #ccc; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid #ccc; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid #ccc; width: 20px; height: 20px;"></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;"></div> <div style="border: 1px solid #ccc; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid #ccc; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid #ccc; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="margin: 0 5px;">/</div> <div style="border: 1px solid #ccc; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid #ccc; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid #ccc; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid #ccc; width: 20px; height: 20px;"></div> </div> </div>
<b>Familienname</b>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
<b>Vorname</b>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
<b>Krankenversicherung *</b>	<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"/>

<b>Aktuelle Adresse*</b>	<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"/>
<b>Erreichbarkeit *</b>	<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 \***

**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:

**Ich benötige Mietbeihilfe und gebe folgende Daten bekannt:**

**Anzahl der an der Wohnadresse gemeldeten Personen**

**Aktuelle monatliche Miete**  Euro

**Wohnungsgröße**  m<sup>2</sup>

**Mietverhältnis \***

Eigentümer\*in     Hauptmieter\*in

Untermieter\*in > ich bewohne   Zimmer     die gesamte Wohnung

Mitbewohner\*in     Wohngemeinschaft     betreuter Wohnplatz

**Die Zustellung soll erfolgen an:**

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

Familienname / Vorname

Geburtsdatum

Aktuelle Adresse (PLZ/Ort/Straße/Nr.)

**Die Überweisung der Leistung soll erfolgen an:**

**Kontoinhaber\*in:**

Familienname / Vorname

Geburtsdatum

Bankinstitut/BIC:   
Kontonummer/IBAN:

\* 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