

# ANTRAG AUF MINDESTSICHERUNG

Lebensunterhalt und Grundbetrag zur Deckung  
des Wohnbedarfs

Magistratsabteilung 40  
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.**

**PERSONENDATEN, AKTUELLE EINKOMMENS- UND VERMÖGENSVERHÄLTNISSE VON ALLEN IN HAUSHALTS-  
GEMEINSCHAFT LEBENDEN PERSONEN** [(EhepartnerIn/ LebensgefährtIn/ eingetragene/r PartnerIn sowie  
minderjährige und volljährige Kinder bis zum vollendeten 25. Lebensjahr (d.h. 25. Geburtstag)]

**Bitte beachten Sie!**

Folgende Unterlagen von allen im gemeinsamen Haushalt lebenden Personen (auch Kindern) sind vollständig und in  
Kopie beizulegen:

- Amtlicher Lichtbildausweis
- Personaldokumente
- Aktuelle Einkommensbelege
- Mietbelege
- Nachweise über beantragte Leistungen
- Nachweise über Vermögen


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

| PersID  | AntragstellerIn   | PartnerIn, LebensgefährtIn  |
|---|---|---|
| <b>Geschlecht *</b>   | <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich   | <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich   |
| <b>Familienname</b>   |   |   |
| <b>Vorname</b>  |   |   |
| <b>Versicherungsnr. +<br/>Geburtsdatum</b>                        | <div style="text-align: center;">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"/> | <div style="text-align: center;">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"/> |
| <b>Aktuelle Adresse *</b><br>PLZ/Ort/Straße/Nr.                   | <input type="checkbox"/> Hauptwohnsitz<br><input type="checkbox"/> Obdachlos → Kontakt-/Zustelladresse  |   |
| <b>Erreichbarkeit</b>   | <input type="checkbox"/> Aktuelle Telefonnummer   | E-Mail  |
| <b>Kranken-<br/>versicherung *</b>                                | <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein<br><input type="checkbox"/> mitversichert bei (Name + Vers.Nr.):   | <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein<br><input type="checkbox"/> mitversichert bei (Name + Vers.Nr.):   |
| <b>Kranken-<br/>versicherungsanstalt</b><br>(z.B. WGKK, SVA, ...) |   |   |

|  | AntragstellerIn   | PartnerIn, Lebensgefährtin  |
|--|---|---|
| <b>Familienstand *</b>   | <input type="checkbox"/> ledig<br><input type="checkbox"/> verheiratet / eingetragene Partnerschaft<br><input type="checkbox"/> getrennt lebend<br><input type="checkbox"/> geschieden<br><input type="checkbox"/> verwitwet  | <input type="checkbox"/> ledig<br><input type="checkbox"/> verheiratet / eingetragene Partnerschaft<br><input type="checkbox"/> getrennt lebend<br><input type="checkbox"/> geschieden<br><input type="checkbox"/> verwitwet  |
| <b>Staatsangehörigkeit</b>   |   |   |
| <b>Aufenthaltsstatus *</b><br>(nicht erforderlich bei österreichischer Staatsbürgerschaft) | <input type="checkbox"/> EU / EWR – BürgerIn<br><input type="checkbox"/> Asylberechtigte/r / subsidiär Schutzberechtigte/r<br><input type="checkbox"/> Drittstaatsangehörige/r<br><input type="checkbox"/> Sonstige (z.B. AsylwerberIn, Visum, kein Aufenthaltstitel, usw.)   | <input type="checkbox"/> EU / EWR – BürgerIn<br><input type="checkbox"/> Asylberechtigte/r / subsidiär Schutzberechtigte/r<br><input type="checkbox"/> Drittstaatsangehörige/r<br><input type="checkbox"/> Sonstige (z.B. AsylwerberIn, Visum, kein Aufenthaltstitel, usw.)   |
| <b>Ausbildung *</b>  | <input type="checkbox"/> kein Schulabschluss<br><input type="checkbox"/> abgeschlossene Pflichtschule<br><input type="checkbox"/> abgeschlossene Lehre<br><input type="checkbox"/> Matura<br><input type="checkbox"/> Studium (dzt. laufend)<br><input type="checkbox"/> Studium (abgeschlossen)<br><input type="checkbox"/> Sonstige abgeschlossene Ausbildung:  | <input type="checkbox"/> kein Schulabschluss<br><input type="checkbox"/> abgeschlossene Pflichtschule<br><input type="checkbox"/> abgeschlossene Lehre<br><input type="checkbox"/> Matura<br><input type="checkbox"/> Studium (dzt. laufend)<br><input type="checkbox"/> Studium (abgeschlossen)<br><input type="checkbox"/> Sonstige abgeschlossene Ausbildung:  |
| <b>Art der derzeitigen Beschäftigung *</b>   | <input type="checkbox"/> SchülerIn<br><input type="checkbox"/> Lehrling<br><input type="checkbox"/> StudentIn<br><input type="checkbox"/> Angestellte/r / ArbeiterIn<br><input type="checkbox"/> selbstständige Erwerbstätigkeit<br><input type="checkbox"/> PensionistIn<br><input type="checkbox"/> Sonstiges   | <input type="checkbox"/> SchülerIn<br><input type="checkbox"/> Lehrling<br><input type="checkbox"/> StudentIn<br><input type="checkbox"/> Angestellte/r / ArbeiterIn<br><input type="checkbox"/> selbstständige Erwerbstätigkeit<br><input type="checkbox"/> PensionistIn<br><input type="checkbox"/> Sonstiges   |
| <b>Art des derzeitigen Einkommens *</b>  | <input type="checkbox"/> Lehrlingsentschädigung<br><input type="checkbox"/> Erwerbseinkommen<br><input type="checkbox"/> AMS – Leistung (z.B. Arbeitslosengeld, Notstandshilfe, Kursbeihilfe, usw.)<br><input type="checkbox"/> Leistung der Gebietskrankenkasse (z.B. Krankengeld, Kinderbetreuungsgeld, usw.)<br><input type="checkbox"/> Unterhalt<br><input type="checkbox"/> Pension / Rente<br><input type="checkbox"/> Grundversorgung<br><input type="checkbox"/> Sonstiges | <input type="checkbox"/> Lehrlingsentschädigung<br><input type="checkbox"/> Erwerbseinkommen<br><input type="checkbox"/> AMS – Leistung (z.B. Arbeitslosengeld, Notstandshilfe, Kursbeihilfe, usw.)<br><input type="checkbox"/> Leistung der Gebietskrankenkasse (z.B. Krankengeld, Kinderbetreuungsgeld, usw.)<br><input type="checkbox"/> Unterhalt<br><input type="checkbox"/> Pension / Rente<br><input type="checkbox"/> Grundversorgung<br><input type="checkbox"/> Sonstiges |
| <b>Höhe des aktuellen monatlichen Nettoeinkommens (Belege erforderlich)</b>                |   |   |

**SachwalterIn / ErwachsenenvertreterIn / vertretungsbefugte Person**

Bitte Sachwalterschaftsbeschluss bzw. Vertretungsbefugnis beifügen

|              |   |
|--------------|---|
| Familienname | Vorname   |
| Adresse      |  Tel.-Nr.<br>.....<br>E-Mail |

**Angaben über die im gemeinsamen Haushalt lebenden minderjährigen u. volljährigen Kinder bis zum vollendeten 25. Lebensjahr (d.h. 25. Geburtstag)**

|   |  |   |   |   |   |   |   |   |
|---|--|---|---|---|---|---|---|---|
| <b>Familienname</b>                             |  |   |   |   |   |   |   |   |
| <b>Vorname</b>                                  |  |   |   |   |   |   |   |   |
| <b>Versicherungsnr. + Geburtsdatum</b>          | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> /  | T | T | M | M | J | J | <b>Geschlecht *</b> <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich |
| <b>Krankenversicherung *</b>                    | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> mitversichert bei (Name, Vers.Nr., Vers.Anstalt):   |   |   |   |   |   |   |   |
| <b>Familienstand *</b>                          | <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet/eingetragene Partnerschaft <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet<br><input type="checkbox"/> getrennt lebend  |   |   |   |   |   |   |   |
| <b>Art der Beschäftigung *</b>                  | <input type="checkbox"/> SchülerIn <input type="checkbox"/> Lehrling <input type="checkbox"/> Studentin <input type="checkbox"/> Sonstiges (z.B. Kursbesuch)<br><input type="checkbox"/> Angestellte/r / ArbeiterIn <input type="checkbox"/> selbständige Erwerbstätigkeit |   |   |   |   |   |   |   |
| <b>Art u. Höhe des Einkommens</b>               |  |   |   |   |   |   |   |   |
| <b>Staatsangehörigkeit/ Aufenthaltsstatus *</b> | <input type="checkbox"/> ÖsterreicherIn <input type="checkbox"/> EU/EWR-BürgerIn <input type="checkbox"/> Drittstaatsangehörige/r <input type="checkbox"/> Sonstiges<br><input type="checkbox"/> Asylberechtigte/r oder subsidiär Schutzberechtigte/r                      |   |   |   |   |   |   |   |
| <b>Familienname</b>                             |  |   |   |   |   |   |   |   |
| <b>Vorname</b>                                  |  |   |   |   |   |   |   |   |
| <b>Versicherungsnr. + Geburtsdatum</b>          | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> /  | T | T | M | M | J | J | <b>Geschlecht *</b> <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich |
| <b>Krankenversicherung *</b>                    | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> mitversichert bei (Name, Vers.Nr., Vers.Anstalt):   |   |   |   |   |   |   |   |
| <b>Familienstand *</b>                          | <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet/eingetragene Partnerschaft <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet<br><input type="checkbox"/> getrennt lebend  |   |   |   |   |   |   |   |
| <b>Art der Beschäftigung *</b>                  | <input type="checkbox"/> SchülerIn <input type="checkbox"/> Lehrling <input type="checkbox"/> Studentin <input type="checkbox"/> Sonstiges (z.B. Kursbesuch)<br><input type="checkbox"/> Angestellte/r / ArbeiterIn <input type="checkbox"/> selbständige Erwerbstätigkeit |   |   |   |   |   |   |   |
| <b>Art u. Höhe des Einkommens</b>               |  |   |   |   |   |   |   |   |
| <b>Staatsangehörigkeit/ Aufenthaltsstatus *</b> | <input type="checkbox"/> ÖsterreicherIn <input type="checkbox"/> EU/EWR-BürgerIn <input type="checkbox"/> Drittstaatsangehörige/r <input type="checkbox"/> Sonstiges<br><input type="checkbox"/> Asylberechtigte/r oder subsidiär Schutzberechtigte/r                      |   |   |   |   |   |   |   |
| <b>Familienname</b>                             |  |   |   |   |   |   |   |   |
| <b>Vorname</b>                                  |  |   |   |   |   |   |   |   |
| <b>Versicherungsnr. + Geburtsdatum</b>          | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> /  | T | T | M | M | J | J | <b>Geschlecht *</b> <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich |
| <b>Krankenversicherung *</b>                    | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> mitversichert bei (Name, Vers.Nr., Vers.Anstalt):   |   |   |   |   |   |   |   |
| <b>Familienstand *</b>                          | <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet/eingetragene Partnerschaft <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet<br><input type="checkbox"/> getrennt lebend  |   |   |   |   |   |   |   |
| <b>Art der Beschäftigung *</b>                  | <input type="checkbox"/> SchülerIn <input type="checkbox"/> Lehrling <input type="checkbox"/> Studentin <input type="checkbox"/> Sonstiges (z.B. Kursbesuch)<br><input type="checkbox"/> Angestellte/r / ArbeiterIn <input type="checkbox"/> selbständige Erwerbstätigkeit |   |   |   |   |   |   |   |
| <b>Art u. Höhe des Einkommens</b>               |  |   |   |   |   |   |   |   |
| <b>Staatsangehörigkeit/ Aufenthaltsstatus *</b> | <input type="checkbox"/> ÖsterreicherIn <input type="checkbox"/> EU/EWR-BürgerIn <input type="checkbox"/> Drittstaatsangehörige/r <input type="checkbox"/> Sonstiges<br><input type="checkbox"/> Asylberechtigte/r oder subsidiär Schutzberechtigte/r                      |   |   |   |   |   |   |   |
| <b>Familienname</b>                             |  |   |   |   |   |   |   |   |
| <b>Vorname</b>                                  |  |   |   |   |   |   |   |   |
| <b>Versicherungsnr. + Geburtsdatum</b>          | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> /  | T | T | M | M | J | J | <b>Geschlecht *</b> <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich |
| <b>Krankenversicherung *</b>                    | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> mitversichert bei (Name, Vers.Nr., Vers.Anstalt):   |   |   |   |   |   |   |   |
| <b>Familienstand *</b>                          | <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet/eingetragene Partnerschaft <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet<br><input type="checkbox"/> getrennt lebend  |   |   |   |   |   |   |   |
| <b>Art der Beschäftigung *</b>                  | <input type="checkbox"/> SchülerIn <input type="checkbox"/> Lehrling <input type="checkbox"/> Studentin <input type="checkbox"/> Sonstiges (z.B. Kursbesuch)<br><input type="checkbox"/> Angestellte/r / ArbeiterIn <input type="checkbox"/> selbständige Erwerbstätigkeit |   |   |   |   |   |   |   |
| <b>Art u. Höhe des Einkommens</b>               |  |   |   |   |   |   |   |   |
| <b>Staatsangehörigkeit/ Aufenthaltsstatus *</b> | <input type="checkbox"/> ÖsterreicherIn <input type="checkbox"/> EU/EWR-BürgerIn <input type="checkbox"/> Drittstaatsangehörige/r <input type="checkbox"/> Sonstiges<br><input type="checkbox"/> Asylberechtigte/r oder subsidiär Schutzberechtigte/r                      |   |   |   |   |   |   |   |

\* bitte Zutreffendes ankreuzen

**Aktuelle Vermögensverhältnisse im INLAND und AUSLAND von ALLEN in Haushaltsgemeinschaft lebenden Personen (Unterlagen in Kopie erforderlich) \***

kein Vermögen

**Folgendes Vermögen \*:**

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

**vertraglich gebundenes Vermögen:**

**Bausparvertrag:** aktuelles Guthaben: EUR .....

**Lebensversicherung:** aktuelles Guthaben: EUR .....

**Pensionsvorsorge:** aktuelles Guthaben: EUR .....

**Sonstiges:** 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 – Wiener Mindestsicherung:**

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

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

**Unterschriften aller volljährigen Personen**

(EhepartnerIn/ LebensgefährteIn/ eingetragene/r PartnerIn sowie volljährige Kinder bis zum vollendeten 25. Lebensjahr (d.h. 25. Geburtstag)

Wien, am .....



Unterschrift: .....



Unterschrift: .....



Unterschrift: .....

\* bitte Zutreffendes ankreuzen

# ANTRAG AUF MIETBEIHILFE

## Nur auszufüllen von:

HauptmieterInnen,  
UntermieterInnen einer gesamten Wohnung,  
BewohnerInnen einer Wohngemeinschaft,  
BewohnerInnen von betreuten Wohnplätzen,  
BewohnerInnen einer eigenen Eigentumswohnung

Magistratsabteilung 40  
Soziales, Sozial- und Gesundheitsrecht  
Tel.: +43 (1) 4000 8040  
www.soziales.wien.at

**BITTE DAS FORMULAR VOLLSTÄNDIG UND DEUTLICH LESBAR AUSFÜLLEN.**

### Bitte beachten Sie!

Folgende Unterlagen sind in Kopie beizulegen:

- Mietvertrag oder Bestätigung der UnterkunftgeberIn
- Nachweis über die Höhe der aktuellen Miete und Mietaufschlüsselung
- Gegebenenfalls aktueller Bescheid der MA 50 (Wohnbeihilfe)

| Aktuelle Wohnverhältnisse (Unterlagen in Kopie erforderlich) |  |               |                |
|--|--|---------------|----------------|
| Familienname   |  |               |                |
| Vorname  |  |               |                |
| Aktuelle Adresse<br>PLZ/Ort/Straße/Nr.                       |  |               |                |
| Anzahl der an der Wohnadresse gemeldeten Personen:           |  |               |                |
| Aktuelle monatliche Miete                                    | EUR  | Wohnungsgröße | m <sup>2</sup> |
| Bezug von Wohnbeihilfe (MA 50) in Höhe von                   | EUR  |               |                |
| Wohnbeihilfe beantragt am                                    |  |               |                |
| Mietverhältnis *   | <input type="checkbox"/> EigentümerIn <input type="checkbox"/> HauptmieterIn<br><input type="checkbox"/> UntermieterIn → ich bewohne <input type="checkbox"/> ..... Zimmer <input type="checkbox"/> die gesamte Wohnung<br><input type="checkbox"/> MitbewohnerIn <input type="checkbox"/> Wohngemeinschaft <input type="checkbox"/> betreuter Wohnplatz |               |                |

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

### Unterschriften aller volljährigen Personen

[(EhepartnerIn/ Lebensgefährtn/ eingetragene/r PartnerIn sowie minderjährige und volljährige Kinder bis zum vollendeten 25. Lebensjahr (d.h. 25. Geburtstag)]

Wien, am .....



Unterschrift: .....



Unterschrift: .....



Unterschrift: .....

\* bitte Zutreffendes ankreuzen