

# ANTRAG nach dem NÖ Mindestsicherungsgesetz



auf

- Deckung des Lebensunterhaltes einschl. Wohnbedarf
- Krankenhilfe
- Sonstiges \_\_\_\_\_

Eingangsvermerk:

## 1. Angaben zum(r) AntragstellerIn (Personaldaten)

Zutreffendes bitte ankreuzen

Familienname		Vorname	
Hauptwohnsitz (PLZ/Ort/Straße/Nr.)			
Geburtsname		Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
Versicherungsnummer		Geburtsdatum	
Geburtsort		<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> Haushaltsgemeinschaft <input type="checkbox"/> eingetragene Partnerschaft <input type="checkbox"/> Lebensgemeinschaft	
Staatsbürgerschaft		Familienstand	
SachwalterIn			
derzeit krankenversichert bei		seit	
Hauptwohnsitz im letzten Jahr:		wie oben <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein (bitte nachstehende Rubrik ausfüllen)	
von	bis	Anschrift	
Telefonnummer			
Email-Adresse			

Nettoeinkommen		auszahlende Stelle	
<input type="checkbox"/>	Einkommen aus Erwerbstätigkeit	mtl.	€
<input type="checkbox"/>	Leistungen des Arbeitsmarktservices (Arbeitslosengeld, Notstandshilfe, Pensionsvorschuss, Beihilfe zur Deckung des Lebensunterhaltes)	tägl.	€
<input type="checkbox"/>	Pensions-/Rentenleistungen	mtl.	€
<input type="checkbox"/>	Krankengeld / Wochengeld	tägl.	€
<input type="checkbox"/>	Kinderbetreuungsgeld	tägl.	€
<input type="checkbox"/>	Unterhalt	mtl.	€
<input type="checkbox"/>	Sonstiges: _____		€

Familienbeihilfe	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Erhöhungsbetrag zur Familienbeihilfe	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wird Pflegegeld bezogen?	<input type="checkbox"/> ja, Stufe _____ <input type="checkbox"/> nein		

2. a) Angaben zur Wohnsituation

*Mit dem(r) AntragstellerIn wohnen im gemeinsamen Haushalt:*

▶	<b>Familienname</b>		<b>Vorname</b>	
	<b>Versicherungsnummer Geburtsdatum</b>		<b>Verwandtschaftsverhältnis</b>	
	<b>krankenversichert</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja , bei		
	<b>Einkommen (aus Erwerbstätigkeit, Pension, ALG, NH, NÖ Familienhilfe, Unterhalt etc.)</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
	<b>Einkommensart, Nettobetrag, aus- zahlende Stelle</b>			

▶	<b>Familienname</b>		<b>Vorname</b>	
	<b>Versicherungsnummer Geburtsdatum</b>		<b>Verwandtschaftsverhältnis</b>	
	<b>krankenversichert</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja , bei		
	<b>Einkommen (aus Erwerbstätigkeit, Pension, ALG, NH, NÖ Familienhilfe, Unterhalt etc.)</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
	<b>Einkommensart, Nettobetrag, aus- zahlende Stelle</b>			

▶	<b>Familienname</b>		<b>Vorname</b>	
	<b>Versicherungsnummer Geburtsdatum</b>		<b>Verwandtschaftsverhältnis</b>	
	<b>krankenversichert</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja , bei		
	<b>Einkommen (aus Erwerbstätigkeit, Pension, ALG, NH, NÖ Familienhilfe, Unterhalt etc.)</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
	<b>Einkommensart, Nettobetrag, aus- zahlende Stelle</b>			

▶	<b>Familienname</b>		<b>Vorname</b>	
	<b>Versicherungsnummer Geburtsdatum</b>		<b>Verwandtschaftsverhältnis</b>	
	<b>krankenversichert</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja , bei		
	<b>Einkommen (aus Erwerbstätigkeit, Pension, ALG, NH, NÖ Familienhilfe, Unterhalt etc.)</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
	<b>Einkommensart, Nettobetrag, aus- zahlende Stelle</b>			

▶	<b>Familienname</b>		<b>Vorname</b>	
	<b>Versicherungsnummer Geburtsdatum</b>		<b>Verwandtschaftsverhältnis</b>	
	<b>krankenversichert</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja , bei		
	<b>Einkommen (aus Erwerbstätigkeit, Pension, ALG, NH, NÖ Familienhilfe, Unterhalt etc.)</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
	<b>Einkommensart, Nettobetrag, aus- zahlende Stelle</b>			

<b>Ich / Wir wohne(n) in einem/r</b> <input type="checkbox"/> Eigenheim <input type="checkbox"/> Mietobjekt				<input type="checkbox"/> Genossenschaftswohnung <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____	
<b>Höhe monatliche Miete/Nutzungsentgelt (ohne Betriebskosten)</b>		€ _____	<b>Betriebskosten</b>	<input type="checkbox"/> ja, Höhe mtl. € _____ <input type="checkbox"/> nein	
<b>Ich erhalte für das Wohnen einen Zuschuss</b>		<input type="checkbox"/> ja, von _____ Höhe mtl. € _____ <input type="checkbox"/> nein			

**b) Angehörige (Kinder, Eltern), die nicht im gemeinsamen Haushalt wohnen:**

▶	<b>Familienname</b>		<b>Vorname</b>	
	<b>Versicherungsnummer Geburtsdatum</b>		<b>Verwandtschaftsverhältnis</b>	
	<b>krankenversichert</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja , bei		<b>Telefonnummer</b>
	<b>Einkommen (aus Erwerbstätigkeit, Pension, ALG, NH, NÖ Familienhilfe, Unterhalt etc.)</b>			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	<b>Einkommensart, Nettobetrag, aus- zahlende Stelle</b>			

▶	<b>Familienname</b>		<b>Vorname</b>	
	<b>Versicherungsnummer Geburtsdatum</b>		<b>Verwandtschaftsverhältnis</b>	
	<b>krankenversichert</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja , bei		<b>Telefonnummer</b>
	<b>Einkommen (aus Erwerbstätigkeit, Pension, ALG, NH, NÖ Familienhilfe, Unterhalt etc.)</b>			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	<b>Einkommensart, Nettobetrag, aus- zahlende Stelle</b>			

▶	<b>Familienname</b>		<b>Vorname</b>	
	<b>Versicherungsnummer Geburtsdatum</b>		<b>Verwandtschaftsverhältnis</b>	
	<b>krankenversichert</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja , bei		<b>Telefonnummer</b>
	<b>Einkommen (aus Erwerbstätigkeit, Pension, ALG, NH, NÖ Familienhilfe, Unterhalt etc.)</b>			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	<b>Einkommensart, Nettobetrag, aus- zahlende Stelle</b>			

▶	<b>Familienname</b>		<b>Vorname</b>	
	<b>Versicherungsnummer Geburtsdatum</b>		<b>Verwandtschaftsverhältnis</b>	
	<b>krankenversichert</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja , bei		<b>Telefonnummer</b>
	<b>Einkommen (aus Erwerbstätigkeit, Pension, ALG, NH, NÖ Familienhilfe, Unterhalt etc.)</b>			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	<b>Einkommensart, Nettobetrag, aus- zahlende Stelle</b>			

### 3. Angaben über das Vermögen

<input type="checkbox"/> Girokonto	€	Bankinstitut	Bankleitzahl
<input type="checkbox"/> Bausparvertrag	€	Bausparkasse	Vertragsnummer
<input type="checkbox"/> Sparguthaben	€	Bankinstitut	
<input type="checkbox"/> Lebensversicherung		Versicherungsgesellschaft	Polizzenummer
<input type="checkbox"/> Sonstige Vermögenswerte z.B. Aktien, Wertpapiere, KFZ			
<input type="checkbox"/> Grundbesitz		Katastralgemeinde	Einlagezahl

### 4. Allgemeines

**Folgende Unterlagen sind in Kopie anzuschließen:**

- Geburtsurkunde
- Staatsbürgerschaftsnachweis
- Amtlicher Lichtbildausweis
- Heiratsurkunde / Partnerschaftsurkunde
- Scheidungsurteil und Vergleichsausfertigung (jeweils mit Rechtskraftvermerk)
- Sachwalterbeschluss
- Mietvertrag und aktuelle Miet- und Betriebskostenvorschreibung
- Einkommensnachweise vom(n) **AntragstellerIn und von allen unter Punkt 2. a) angeführten Personen, die ein Einkommen beziehen** (z.B. Lohnbestätigung, AMS-Bestätigung, Einkommenssteuerbescheid, Pensionsmitteilung, Rentennachweis, Nachweis über Unterhaltsanspruch, Kinderbetreuungsgeld, Krankengeld, etc.)
- Vermögensnachweise (z.B. Girokontoauszüge, Sparbücher, Bausparvertrag)
- Nachweis über Wohnzuschüsse
- Nachweis über Familienbeihilfe
- Nachweis über NÖ Familienhilfe

**Die Anweisung der bedarfsorientierten Mindestsicherung soll auf nachstehendes Konto erfolgen:**

Bankinstitut		Bankleitzahl	
Kontonummer		Kontoinhaber	

**Ich beantrage eine Leistung der bedarfsorientierten Mindestsicherung auch für alle unter Punkt 2. a) des Antrages angeführten Personen.**

NEIN: Begründung:

## 5. Erklärungen / Verpflichtungen

Sind Sie durch einen Unfall bzw. Fremdverschulden hilfebedürftig geworden?  ja  nein  
 Wenn ja, bitte Unfalldaten angeben (Arbeits-, Verkehrsunfall, Behandlungsfehler, etc./ Ort und Datum des Unfalles/ Name und Anschrift des Verursachers bzw. dessen Haftpflichtversicherung):

### Ich erkläre ausdrücklich,

- dass meine Angaben wahr und vollständig sind;
- meine Zustimmung, dass der Träger der Mindestsicherung zum Zweck der Prüfung meiner Hilfebedürftigkeit, zur Gewährung, Kürzung, Einstellung von Mindestsicherungsleistungen sowie zur Durchsetzung der Ersatzansprüche meine Daten über den Gesundheitszustand durch Ärzte, Pflegepersonen (z.B. medizinische Befunde und Sachverständigengutachten) und Auskünfte über meinen Gesundheitszustand durch Ärzte, durch Krankenanstalten, durch Pflege- und Betreuungspersonen, durch Schadenersatzpflichtige erhält;
- dass meine Daten zum Zweck der Prüfung meiner Hilfebedürftigkeit, zur Gewährung, Kürzung, Einstellung von Mindestsicherungsleistungen sowie zur Durchsetzung der Ersatzansprüche automationsunterstützt verwendet werden dürfen.

### Ich verpflichte mich, dass

- alle Umstände, die eine Änderung des Leistungsanspruches zur Folge haben könnten, insbesondere Änderungen der Einkommens- und Vermögens-, der Wohn- und der Familienverhältnisse binnen zwei Wochen der Behörde anzuzeigen sind;
- ich meine Arbeitskraft in zumutbarer Weise einsetzen werde;
- ich mein Einkommen und verwertbares Vermögen bei der Bemessung der Leistung einzusetzen habe;
- ich Ansprüche gegen Dritte zu verfolgen habe.

### Ich nehme zur Kenntnis, dass

- falsche Angaben oder das Verschweigen maßgebender Tatsachen die Einstellung und Rückforderung der bezogenen Leistung bewirken können, außerdem in solchen Fällen eine Geldstrafe verhängt oder eine Strafanzeige gegen mich erstattet werden kann;
- Leistungen wegen unwahrer Angaben, Verletzung der Anzeigepflicht oder Verschweigung wesentlicher Tatsachen zu Unrecht in Anspruch genommen wurden, rückzuerstatten sind;
- Leistungen der Mindestsicherung grundbücherlich sichergestellt werden können.

**Das beiliegende Informationsblatt habe ich gelesen und zur Kenntnis genommen.**

Datum

Eigenhändige Unterschrift

Des/der Antragstellers(in) oder des/der Sachwalters(in)

### Stellungnahme der Gemeinde gem. § 16 Abs. 1 NÖ MSG

- Bestätigung der Meldeangaben des/r Antragstellers(in) und der im gemeinsamen Haushalt lebenden Personen
- Antrag wird befürwortet
- Antrag wird nicht befürwortet

Stellungnahme

Datum

Stampiglie/Unterschrift