

**SGD-So/E-5a**

**Bezirksverwaltungsbehörde**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Eingangsstempel

Zutreffendes ankreuzen!

Dieses Beiblatt ist für jede volljährige Person, die im gleichen Haushalt wie die Antragstellerin bzw. der Antragsteller wohnt, auszufüllen.

**Angaben zur Person**

Für diese Person wird Mindestsicherung beantragt <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Name	Familienname _____ Vorname _____ Titel _____ Frühere Familiennamen _____
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Geburtsdatum	_____
Verhältnis zur Antragstellerin/ zum Antragsteller	<input type="checkbox"/> Ehepartnerin/-partner <input type="checkbox"/> andere verwandte Person (Elternteil, Großeltern,...) <input type="checkbox"/> Lebensgefährtin/-gefährte <input type="checkbox"/> erwachsenes Kind <input type="checkbox"/> eingetragene/r Partnerin/Partner <input type="checkbox"/> sonstige Person (Mitbewohnerin/-bewohner)
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> Lebensgemeinschaft <input type="checkbox"/> eingetragene Partnerschaft seit _____
Krankenversicherung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein wenn ja: <input type="checkbox"/> selbstversichert <input type="checkbox"/> mitversichert bei _____
Sozialversicherungsnummer	
Staatsbürgerschaft	<input type="checkbox"/> Österreichische Staatsbürgerschaft <input type="checkbox"/> Andere:
Herkunftsland (letzter Wohnsitz vor der Einreise nach Österreich)	_____
Über welchen Daueraufenthaltstitel verfügen Sie? Legen Sie diesen dem Antrag bei!	_____
Anschrift	PLZ _____ Ort _____ Straße _____ Nr. _____ Telefon _____ Fax _____ E-Mail _____ Wohnadresse in den letzten 6 Monaten außerhalb von Oberösterreich <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Beruf	erlernter Beruf/Ausbildung _____ derzeit/zuletzt ausgeübter Beruf _____

Erwerbstätigkeit	<input type="checkbox"/> selbständig seit _____ <input type="checkbox"/> unselbständig Arbeitgeber _____ Beschäftigungsausmaß _____ <input type="checkbox"/> arbeitslos seit _____ <input type="checkbox"/> beim AMS gemeldet seit _____ <input type="checkbox"/> in Karenz seit _____ <input type="checkbox"/> im Krankenstand seit _____ <input type="checkbox"/> arbeitsfähig, aber nicht vermittelbar seit _____ weil _____
Arbeits(un)fähigkeit (legen Sie allfällige Nachweise vor)	<input type="checkbox"/> dauerhaft arbeitsunfähig, seit _____ <input type="checkbox"/> eingeschränkt arbeitsfähig, seit _____ wegen <input type="checkbox"/> Kinderbetreuung, seit _____ <input type="checkbox"/> Pflege von Angehörigen, seit _____ <input type="checkbox"/> einer vor dem 18. Lebensjahr begonnenen Ausbildung <input type="checkbox"/> vorübergehend aus sonstigen Gründen <input type="checkbox"/> Pensionsantrag gestellt, am _____ <input type="checkbox"/> nicht abgeklärt

## Finanzielle Situation

(Bitte geben Sie hier nur das Einkommen dieser Person an)

Nettoeinkommen	auszahlende Stelle/Arbeitgeber _____		<input type="checkbox"/> 14x <input type="checkbox"/> 12x <input type="checkbox"/> jährlich _____ Euro	
	auszahlende Stelle/Arbeitgeber _____		<input type="checkbox"/> 14x <input type="checkbox"/> 12x <input type="checkbox"/> jährlich _____ Euro	
	auszahlende Stelle/Arbeitgeber _____		<input type="checkbox"/> 14x <input type="checkbox"/> 12x <input type="checkbox"/> jährlich _____ Euro	
Leistungen des AMS (Arbeitslosengeld, Notstandshilfe, Pensionsvorschuss, DLU)			tägl. _____ Euro	
Sonstige Einkünfte	<input type="checkbox"/> Pensions-/Rentenleistungen	mtl. _____ Euro		
	<input type="checkbox"/> Krankengeld/Wochengeld	tägl. _____ Euro		
	<input type="checkbox"/> Kinderbetreuungsgeld (inkl. Zuschuss)	tägl. _____ Euro		
	wenn ja, welche Variante	<input type="checkbox"/> 30+6	<input type="checkbox"/> 20+4	<input type="checkbox"/> 15+3 <input type="checkbox"/> 12+2
	<input type="checkbox"/> Unterhalt	mtl. _____ Euro		
<input type="checkbox"/> Sonstiges	mtl. _____ Euro			
Familienbeihilfe (FB)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Erhöhungsbetrag zur FB	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Wird Pflegegeld bezogen?	<input type="checkbox"/> Ja, Stufe _____ <input type="checkbox"/> Nein			
Vermögen (aktueller Wert)	Kontenguthaben	_____ Euro		
	Sparguthaben	_____ Euro		
	Bausparvertrag	_____ Euro		
	Wertpapiere, Aktien, ...	_____ Euro		
	Lebensversicherungen, Pensionsvorsorgen	_____ Euro		
	Grundbesitz, Immobilien	_____ Euro		
	Katastralgemeinde/Einlagezahl _____ m <sup>2</sup>			
Sonstige Vermögenswerte (zB. KFZ)	_____ Euro			

### Bei Rückfragen:

Direktion Soziales und Gesundheit, Abteilung Soziales

Tel.: (+43 732) 77 20-152 21; Fax: (+43 732) 77 20-21 56 19; E-Mail: so.post@ooe.gv.at



abteilung|soziales