

BEDARFSORIENTIERTE MINDESTSICHERUNG

Beiblatt für minderjährige Personen (Kinder)



LAND
OBERÖSTERREICH

SGD-So/E-5b

Bezirksverwaltungsbehörde

Eingangsstempel

Zutreffendes ankreuzen!

Dieses Beiblatt ist für jede minderjährige 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 _____ Frühere Familiennamen _____		
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich		
Geburtsdatum			
Verhältnis zur Antragstellerin/ zum Antragsteller	<input type="checkbox"/> Tochter/Sohn <input type="checkbox"/> Enkelin/Enkel <input type="checkbox"/> sonstige Beziehung _____		
Name der Mutter	Geburtsdatum		
Name des Vaters	Geburtsdatum		
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 Daueraufenthalts- titel verfügen Sie? Legen Sie diesen dem Antrag bei!			
Ausbildung (bei Personen, die das 15. Lebensjahr vollendet haben)	<input type="checkbox"/> Lehre, ___ Lehrjahr Dauer der Lehrzeit _____ <input type="checkbox"/> mittlere oder höhere Schule besuchte Klasse und voraussichtliche Dauer _____ <input type="checkbox"/> ohne Ausbildung <input type="checkbox"/> in einem Beschäftigungsverhältnis		

Finanzielle Situation

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

Nettoeinkommen	auszahlende Stelle _____	
	<input type="checkbox"/> 14x	<input type="checkbox"/> 12x <input type="checkbox"/> jährlich _____ Euro
	auszahlende Stelle _____	
Nettoeinkommen	auszahlende Stelle _____	
	<input type="checkbox"/> 14x	<input type="checkbox"/> 12x <input type="checkbox"/> jährlich _____ Euro
	auszahlende Stelle _____	
Sonstige Einkünfte	<input type="checkbox"/> Unterhalt	mtl. _____ Euro
	<input type="checkbox"/> Sonstiges	mtl. _____ Euro
Vermögen (aktueller Wert)	Art _____	_____ 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