

# Antrag auf Wohngeld - Mietzuschuss

- ☐ **Erstantrag**
- ☐ **Weiterleistungsantrag wegen Ablauf des Bewilligungszeitraumes (BWZR)** (frühestens zwei Monate vor Ablauf des BWZR)
- ☐ **Erhöhungsantrag** (bei Änderungen im laufenden BWZR)

**Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ausfüllen**  
Zu den mit ( ) gekennzeichneten Fragen gibt es  
im Hinweisblatt gesonderte Erläuterungen.

Eingangsstempel der Wohngeldstelle

| | | | | | | | | |

|                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                 |                    |           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|--------------------|-----------|
| 1                                                                                                                                                                                                                                                                        | <b>Antragstellende Person</b><br>(Familienname, ggf. Geburtsname) (Vorname) (Geburtsdatum) (Telefonnummer/E-Mail-Adresse)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                 |                    |           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                          | <b>Persönliche Verhältnisse:</b> <input type="checkbox"/> Arbeiter(in) <input type="checkbox"/> Rentner(in) <input type="checkbox"/> Angestellte(r) <input type="checkbox"/> Arbeitslose(r) <input type="checkbox"/> Student(in) <input type="checkbox"/> Beamter(in) <input type="checkbox"/> Selbständige(r) <input type="checkbox"/> Auszubildende(r) <input type="checkbox"/> sonst. Nichterwerbstätige(r) <input type="checkbox"/> Pensionär(in)  |                                 |                    |           |
| 2                                                                                                                                                                                                                                                                        | <b>Anschrift der Wohnung, für die Wohngeld beantragt wird</b><br>(Postleitzahl, Ort, Straße, Hausnummer, Etage, ggf. Wohnungsnummer)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                 |                    |           |
| 3                                                                                                                                                                                                                                                                        | <b>Geben Sie bitte die Bankverbindung an, auf welche das Wohngeld überwiesen werden soll:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                 |                    |           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                          | <b>Die Bankverbindung lautet</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <b>Name des Kreditinstituts</b> |                    |           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <b>Bankleitzahl</b>             | <b>Kontonummer</b> |           |
| <b>Kontoinhaber(in):</b> <input type="checkbox"/> Antragstellende Person<br><input type="checkbox"/> Ehepartner(in) oder ein anderes Haushaltsmitglied<br><input type="checkbox"/> Vermieter(in)<br><input type="checkbox"/> <b>Bei Heimbewohnern:</b> Sozialhilfeträger |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                 |                    |           |
| Name und Anschrift des(r) Zahlungsempfängers(in), sofern er/sie <b>nicht</b> die antragstellende Person ist.                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                 |                    |           |
| 4                                                                                                                                                                                                                                                                        | <b>Bildet der Wohnraum, für den Wohngeld beantragt wird, für alle Personen, die den Wohnraum bewohnen den Mittelpunkt der Lebensbeziehungen?</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja                                                                                                                                                                                                                                             |                                 |                    |           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                          | Wenn <b>nein</b> : Welche Person hat ihren Mittelpunkt der Lebensbeziehungen <b>nicht</b> im Haushalt?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                 |                    |           |
| 5                                                                                                                                                                                                                                                                        | <b>Ich bin</b><br><input type="checkbox"/> Hauptmieter(in) <input type="checkbox"/> Untermieter(in) <input type="checkbox"/> Bewohner(in) einer Wohnung im eigenen Mehrfamilienhaus<br><input type="checkbox"/> Heimbewohner(in) der Wohnung, für die Wohngeld beantragt wird.                                                                                                                                                                         |                                 |                    |           |
| 6                                                                                                                                                                                                                                                                        | <b>Wer hat Ihnen die Wohnung vermietet oder untervermietet?</b> (bitte <u>Anlage</u> „Angaben des Vermieters zum Wohnraum oder ggf. Untervermietung“ bzw. entsprechende Nachweise über die Höhe der Miete <u>beifügen</u> )<br>Name, Vorname, Anschrift, ggf. Telefonnummer                                                                                                                                                                            |                                 |                    |           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                          | <b>Wie hoch ist die monatliche Miete/das Nutzungsentgelt für Ihren Wohnraum einschließlich Betriebskosten</b> (z.B. für Heizung, Wasser, Kanal, Müll)                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                 |                    | <b>€</b>  |
| 7                                                                                                                                                                                                                                                                        | <b>Seit wann bewohnen Sie bzw. die zu Ihrem Haushalt rechnenden Personen die Wohnung, für die Sie Wohngeld beantragen?</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                 |                    |           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                          | Tag   Monat   Jahr                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                 |                    |           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                          | <b>Haben Sie einen Teil Ihrer Wohnung einer anderen Person untervermietet oder kostenlos überlassen oder benutzt eine nicht zum Haushalt rechnende Person die Wohnung mit?</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja<br>Wenn ja, bitte fügen Sie die Anlage „Untervermietung“ bei.                                                                                                                                                 |                                 |                    |           |
| <b>Wird ein Teil der Wohnung ausschließlich gewerblich oder beruflich genutzt?</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja<br>Wenn ja, wie viel m²?                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                 |                    | <b>m²</b> |
| 8                                                                                                                                                                                                                                                                        | <b>Erhalten Sie oder eine zum Haushalt rechnende Person Wohngeld oder andere private oder öffentliche Zuschüsse zur Bezahlung der Miete (z.B. von Verwandten, vom Arbeitgeber) für diese oder eine andere Wohnung</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja<br><b>oder wurde ein entsprechender Antrag gestellt?</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja<br>Wenn ja, bitte entsprechende Nachweise beifügen. |                                 |                    |           |

|                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                          |                                                                                                    |                                                                                       |                                                                 |                                                                            |                                                                                       |
|------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| (9)                    | <p>In der nachfolgenden Tabelle sind von Ihnen in Spalte 2 <u>a l l e</u> in der Wohnung wohnende Personen aufzuführen, mit denen Sie gemeinsam wohnen und wirtschaften.<br/> <b>Die Einkünfte/Einnahmen in Spalte 3 sind nur für die Personen anzugeben, die keine der im Hinweisblatt genannten Transferleistungen erhalten oder beantragt haben. Tragen Sie bitte alle Einkünfte (auch aus geringfügiger Beschäftigung) einzeln mit ihrem Bruttobetrag <u>ein</u> (entsprechende Nachweise sind beizufügen).</b></p> <p><b>Zu den Einkünften zählen z.B.</b> Gehalt/Lohn - auch Abfindungen/Einmalzahlungen, Renten aller Art, Einkünfte aus selbstständiger Arbeit/Gewerbe, Arbeitslosengeld, Krankengeld, Mutterschaftsgeld, Kindergeld, Unterhalt, Zinsen aus Kapitalvermögen, Einnahmen aus Vermietung und Verpachtung, Ausbildungsvergütung/-beihilfe oder BAföG (siehe auch Erläuterungen zum Antrag auf Wohngeld).</p> |                                                                                          |                                                                                                    |                                                                                       |                                                                 |                                                                            |                                                                                       |
|                        | <p>(bitte in Buchstabennummerierung für jede Person eintragen)<br/> a) Familienname <u>und</u> Geburtsname<br/> b) Vorname <u>und</u> Geschlecht (m/w)<br/> c) Geburtsdatum<br/> d) Familienstand (ledig, verheiratet, geschieden, getrennt lebend, verwitwet)<br/> e) Verwandtschafts- bzw. Partnerschaftsverhältnis zur antragstellenden Person<br/> f) zur Zeit ausgeübte Tätigkeit<br/> g) Staatsangehörigkeit</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <p><b>Art der Einkünfte</b><br/><br/> Bitte alle Einkünfte <b>einzeln</b> aufführen.</p> | <p><b>Höhe der monatlichen Einkünfte (brutto) und jährlichen Einmalzahlungen (brutto) in €</b></p> | <p><b>Werbungskosten</b><br/> Wenn ja, bitte Art und Jahresbetrag in € eintragen.</p> | <p>Werden von den Einkünften <b>Steuern</b> gezahlt?</p>        | <p>Werden Beiträge zur <b>Kranken- und Pflegeversicherung</b> gezahlt?</p> | <p>Werden Beiträge zur <b>Rentenversicherung / Lebensversicherung</b> entrichtet?</p> |
| 1                      | 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 3                                                                                        | 4                                                                                                  | 5                                                                                     | 6                                                               | 7                                                                          | 8                                                                                     |
| Antragstellende Person | a)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                          |                                                                                                    |                                                                                       | ja    nein<br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | ja    nein<br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>            | ja    nein<br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>                       |
|                        | b) <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                          |                                                                                                    |                                                                                       |                                                                 |                                                                            |                                                                                       |
|                        | c)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                          |                                                                                                    |                                                                                       |                                                                 |                                                                            |                                                                                       |
|                        | d)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                          |                                                                                                    |                                                                                       |                                                                 |                                                                            |                                                                                       |
|                        | e)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                          |                                                                                                    |                                                                                       |                                                                 |                                                                            |                                                                                       |
|                        | f)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                          |                                                                                                    |                                                                                       |                                                                 |                                                                            |                                                                                       |
|                        | g)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                          |                                                                                                    |                                                                                       |                                                                 |                                                                            |                                                                                       |
| 2. Person              | a)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                          |                                                                                                    |                                                                                       | ja    nein<br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | ja    nein<br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>            | ja    nein<br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>                       |
|                        | b) <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                          |                                                                                                    |                                                                                       |                                                                 |                                                                            |                                                                                       |
|                        | c)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                          |                                                                                                    |                                                                                       |                                                                 |                                                                            |                                                                                       |
|                        | d)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                          |                                                                                                    |                                                                                       |                                                                 |                                                                            |                                                                                       |
|                        | e)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                          |                                                                                                    |                                                                                       |                                                                 |                                                                            |                                                                                       |
|                        | f)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                          |                                                                                                    |                                                                                       |                                                                 |                                                                            |                                                                                       |
|                        | g)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                          |                                                                                                    |                                                                                       |                                                                 |                                                                            |                                                                                       |
| 3. Person              | a)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                          |                                                                                                    |                                                                                       | ja    nein<br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | ja    nein<br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>            | ja    nein<br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>                       |
|                        | b) <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                          |                                                                                                    |                                                                                       |                                                                 |                                                                            |                                                                                       |
|                        | c)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                          |                                                                                                    |                                                                                       |                                                                 |                                                                            |                                                                                       |
|                        | d)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                          |                                                                                                    |                                                                                       |                                                                 |                                                                            |                                                                                       |
|                        | e)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                          |                                                                                                    |                                                                                       |                                                                 |                                                                            |                                                                                       |
|                        | f)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                          |                                                                                                    |                                                                                       |                                                                 |                                                                            |                                                                                       |
|                        | g)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                          |                                                                                                    |                                                                                       |                                                                 |                                                                            |                                                                                       |
| 4. Person              | a)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                          |                                                                                                    |                                                                                       | ja    nein<br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | ja    nein<br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>            | ja    nein<br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>                       |
|                        | b) <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                          |                                                                                                    |                                                                                       |                                                                 |                                                                            |                                                                                       |
|                        | c)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                          |                                                                                                    |                                                                                       |                                                                 |                                                                            |                                                                                       |
|                        | d)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                          |                                                                                                    |                                                                                       |                                                                 |                                                                            |                                                                                       |
|                        | e)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                          |                                                                                                    |                                                                                       |                                                                 |                                                                            |                                                                                       |
|                        | f)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                          |                                                                                                    |                                                                                       |                                                                 |                                                                            |                                                                                       |
|                        | g)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                          |                                                                                                    |                                                                                       |                                                                 |                                                                            |                                                                                       |

|                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                               |                          |                                                        |                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                               |                                                                           |       |                                                |                                                                             |  |                                                                                                          |  |  |                                 |                                               |                                                       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|-------|------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|---------------------------------|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| <b>(10)</b>                                                                                              | <b>Ist eine Person, die zu Ihrem Haushalt gehörte und <u>keine</u> Transferleistung erhalten hat, innerhalb der letzten 12 Monate verstorben?</b> <div style="text-align: right;"> <input type="checkbox"/> nein   <input type="checkbox"/> ja _____<br/> <span style="margin-left: 150px;">(Datum)</span> </div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                               |                          |                                                        |                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                               |                                                                           |       |                                                |                                                                             |  |                                                                                                          |  |  |                                 |                                               |                                                       |
|                                                                                                          | Name(n): _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                               |                          |                                                        |                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                               |                                                                           |       |                                                |                                                                             |  |                                                                                                          |  |  |                                 |                                               |                                                       |
|                                                                                                          | <b>Haben Sie die Wohnung nach dem Tode der haushaltsangehörigen Person gewechselt?</b> <div style="text-align: right;"> <input type="checkbox"/> nein   <input type="checkbox"/> ja: _____<br/> <span style="margin-left: 150px;">(Datum)</span> </div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                               |                          |                                                        |                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                               |                                                                           |       |                                                |                                                                             |  |                                                                                                          |  |  |                                 |                                               |                                                       |
|                                                                                                          | <b>Haben Sie nach dem Tode der haushaltsangehörigen Person eine weitere Person in den Haushalt aufgenommen?</b> <div style="text-align: right;"> <input type="checkbox"/> nein   <input type="checkbox"/> ja _____<br/> <span style="margin-left: 150px;">(Datum)</span> </div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                               |                          |                                                        |                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                               |                                                                           |       |                                                |                                                                             |  |                                                                                                          |  |  |                                 |                                               |                                                       |
|                                                                                                          | Name(n): _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                               |                          |                                                        |                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                               |                                                                           |       |                                                |                                                                             |  |                                                                                                          |  |  |                                 |                                               |                                                       |
| <b>11</b>                                                                                                | <b>Werden sich die Einnahmen der zum Haushalt rechnenden Personen in den nächsten 12 Monaten verringern oder erhöhen?</b> <div style="text-align: right;"> <input type="checkbox"/> nein   <input type="checkbox"/> ja         </div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                               |                          |                                                        |                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                               |                                                                           |       |                                                |                                                                             |  |                                                                                                          |  |  |                                 |                                               |                                                       |
|                                                                                                          | Wenn ja, bei wem?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="height: 25px;">Name, Vorname</td></tr> <tr><td style="height: 25px;">Name, Vorname</td></tr> <tr><td style="height: 25px;">Name, Vorname</td></tr> </table> | Name, Vorname            | Name, Vorname                                          | Name, Vorname                                 | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="height: 25px;">Ab wann?</td></tr> <tr><td style="height: 25px;">Datum</td></tr> <tr><td style="height: 25px;">Datum</td></tr> <tr><td style="height: 25px;">Datum</td></tr> </table> | Ab wann?                                                      | Datum                                                                     | Datum | Datum                                          |                                                                             |  |                                                                                                          |  |  |                                 |                                               |                                                       |
| Name, Vorname                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                               |                          |                                                        |                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                               |                                                                           |       |                                                |                                                                             |  |                                                                                                          |  |  |                                 |                                               |                                                       |
| Name, Vorname                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                               |                          |                                                        |                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                               |                                                                           |       |                                                |                                                                             |  |                                                                                                          |  |  |                                 |                                               |                                                       |
| Name, Vorname                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                               |                          |                                                        |                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                               |                                                                           |       |                                                |                                                                             |  |                                                                                                          |  |  |                                 |                                               |                                                       |
| Ab wann?                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                               |                          |                                                        |                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                               |                                                                           |       |                                                |                                                                             |  |                                                                                                          |  |  |                                 |                                               |                                                       |
| Datum                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                               |                          |                                                        |                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                               |                                                                           |       |                                                |                                                                             |  |                                                                                                          |  |  |                                 |                                               |                                                       |
| Datum                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                               |                          |                                                        |                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                               |                                                                           |       |                                                |                                                                             |  |                                                                                                          |  |  |                                 |                                               |                                                       |
| Datum                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                               |                          |                                                        |                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                               |                                                                           |       |                                                |                                                                             |  |                                                                                                          |  |  |                                 |                                               |                                                       |
|                                                                                                          | Grund der Verringerung / Erhöhung?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                               |                          |                                                        |                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                               |                                                                           |       |                                                |                                                                             |  |                                                                                                          |  |  |                                 |                                               |                                                       |
| <b>12</b>                                                                                                | <b>Rechnen zu Ihrem Haushalt Kinder, für die Kindergeld gewährt wird?</b> <div style="text-align: right;"> <input type="checkbox"/> nein   <input type="checkbox"/> ja         </div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                               |                          |                                                        |                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                               |                                                                           |       |                                                |                                                                             |  |                                                                                                          |  |  |                                 |                                               |                                                       |
|                                                                                                          | Wenn ja,                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="height: 25px;">Anzahl der Kinder:</td></tr> <tr><td style="height: 25px;">Wer ist die/der Kindergeldberechtigte?</td></tr> </table>                         |                          | Anzahl der Kinder:                                     | Wer ist die/der Kindergeldberechtigte?        |                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                               |                                                                           |       |                                                |                                                                             |  |                                                                                                          |  |  |                                 |                                               |                                                       |
| Anzahl der Kinder:                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                               |                          |                                                        |                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                               |                                                                           |       |                                                |                                                                             |  |                                                                                                          |  |  |                                 |                                               |                                                       |
| Wer ist die/der Kindergeldberechtigte?                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                               |                          |                                                        |                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                               |                                                                           |       |                                                |                                                                             |  |                                                                                                          |  |  |                                 |                                               |                                                       |
| <b>13</b>                                                                                                | <b>Haben Sie oder eine zu Ihrem Haushalt rechnende Person eine der nachstehenden Leistungen beantragt oder wird eine dieser Leistungen bezogen?</b> <div style="text-align: right;"> <input type="checkbox"/> nein   <input type="checkbox"/> ja         </div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                               |                          |                                                        |                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                               |                                                                           |       |                                                |                                                                             |  |                                                                                                          |  |  |                                 |                                               |                                                       |
|                                                                                                          | Wenn ja, dann bitte ankreuzen                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                               |                          |                                                        |                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                               |                                                                           |       |                                                |                                                                             |  |                                                                                                          |  |  |                                 |                                               |                                                       |
|                                                                                                          | <table style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld II (SGB II),</td> <td><input type="checkbox"/> Sozialgeld (SGB II),</td> <td><input type="checkbox"/> Grundsicherung (SGB XII),</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Hilfe zum Lebensunterhalt (SGB XII),</td> <td><input type="checkbox"/> Ergänzende Hilfe zum Lebensunterhalt (BVG o.a.),</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Asylbewerberleistung,</td> <td><input type="checkbox"/> Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe (SGB VIII),</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Leistungen der Ausbildungsförderung (BAföG, Berufsausbildungsbeihilfe SGB III),</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Rente,</td> <td><input type="checkbox"/> Unterhaltsvorschuss,</td> <td><input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld I (SGB III)</td> </tr> </table> |                                                                                                                                                                                                                                               |                          | <input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld II (SGB II), | <input type="checkbox"/> Sozialgeld (SGB II), | <input type="checkbox"/> Grundsicherung (SGB XII),                                                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> Hilfe zum Lebensunterhalt (SGB XII), | <input type="checkbox"/> Ergänzende Hilfe zum Lebensunterhalt (BVG o.a.), |       | <input type="checkbox"/> Asylbewerberleistung, | <input type="checkbox"/> Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe (SGB VIII), |  | <input type="checkbox"/> Leistungen der Ausbildungsförderung (BAföG, Berufsausbildungsbeihilfe SGB III), |  |  | <input type="checkbox"/> Rente, | <input type="checkbox"/> Unterhaltsvorschuss, | <input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld I (SGB III) |
| <input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld II (SGB II),                                                   | <input type="checkbox"/> Sozialgeld (SGB II),                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> Grundsicherung (SGB XII),                                                                                                                                                                                            |                          |                                                        |                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                               |                                                                           |       |                                                |                                                                             |  |                                                                                                          |  |  |                                 |                                               |                                                       |
| <input type="checkbox"/> Hilfe zum Lebensunterhalt (SGB XII),                                            | <input type="checkbox"/> Ergänzende Hilfe zum Lebensunterhalt (BVG o.a.),                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                               |                          |                                                        |                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                               |                                                                           |       |                                                |                                                                             |  |                                                                                                          |  |  |                                 |                                               |                                                       |
| <input type="checkbox"/> Asylbewerberleistung,                                                           | <input type="checkbox"/> Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe (SGB VIII),                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                               |                          |                                                        |                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                               |                                                                           |       |                                                |                                                                             |  |                                                                                                          |  |  |                                 |                                               |                                                       |
| <input type="checkbox"/> Leistungen der Ausbildungsförderung (BAföG, Berufsausbildungsbeihilfe SGB III), |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                               |                          |                                                        |                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                               |                                                                           |       |                                                |                                                                             |  |                                                                                                          |  |  |                                 |                                               |                                                       |
| <input type="checkbox"/> Rente,                                                                          | <input type="checkbox"/> Unterhaltsvorschuss,                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld I (SGB III)                                                                                                                                                                                         |                          |                                                        |                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                               |                                                                           |       |                                                |                                                                             |  |                                                                                                          |  |  |                                 |                                               |                                                       |
|                                                                                                          | Wenn ja, wer bezieht die Leistung oder hat sie beantragt: (Name; Vorname, Antragsdatum bzw. Bezugsdatum)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                               |                          |                                                        |                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                               |                                                                           |       |                                                |                                                                             |  |                                                                                                          |  |  |                                 |                                               |                                                       |
|                                                                                                          | _____<br>_____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                               |                          |                                                        |                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                               |                                                                           |       |                                                |                                                                             |  |                                                                                                          |  |  |                                 |                                               |                                                       |
| <b>(14)</b>                                                                                              | <b>Werden von den zu Ihrem Haushalt rechnenden Personen Unterhaltszahlungen geleistet?</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja<br>(Wenn ja, bitte Vordruck „Aufwendungen zur Erfüllung gesetzlicher Unterhaltungspflichten“ ausfüllen)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                               |                          |                                                        |                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                               |                                                                           |       |                                                |                                                                             |  |                                                                                                          |  |  |                                 |                                               |                                                       |
| <b>(15)</b>                                                                                              | <b>Folgende zum Haushalt rechnende Personen sind:</b><br>(bitte nur ausfüllen, wenn zutreffend und Nachweise beifügen)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Name, Vorname                                                                                                                                                                                                                                 | Name, Vorname            | Name, Vorname                                          |                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                               |                                                                           |       |                                                |                                                                             |  |                                                                                                          |  |  |                                 |                                               |                                                       |
|                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                               |                          |                                                        |                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                               |                                                                           |       |                                                |                                                                             |  |                                                                                                          |  |  |                                 |                                               |                                                       |
|                                                                                                          | <b>a)</b> schwerbehindert mit einem Grad der Behinderung von                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | v.H.                                                                                                                                                                                                                                          | v.H.                     | v.H.                                                   |                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                               |                                                                           |       |                                                |                                                                             |  |                                                                                                          |  |  |                                 |                                               |                                                       |
|                                                                                                          | <b>b)</b> häuslich pflegebedürftig (Nachweis: Pflegegeld, -zulage (Pflegestufe?) oder Merkzeichen „H“ im Schwerbehinderten-Ausweis)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                               |                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                               |                                                                           |       |                                                |                                                                             |  |                                                                                                          |  |  |                                 |                                               |                                                       |
|                                                                                                          | <b>c)</b> Opfer der nationalsozialistischen Verfolgung und ihnen Gleichgestellte im Sinne des Bundesentschädigungsgesetzes                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                               |                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                               |                                                                           |       |                                                |                                                                             |  |                                                                                                          |  |  |                                 |                                               |                                                       |

# Wichtige Hinweise

(16)

Wer Sozialleistungen beantragt oder erhält, muss alle Tatsachen angeben, die für die Leistung erheblich sind (§ 60 Erstes Buch Sozialgesetzbuch - SGB I). Die Angaben sind erforderlich, um nach den Vorschriften des Wohngeldgesetzes (WoGG) über den Antrag zu entscheiden und die Wohngeldstatistik führen zu können.

Ich versichere, dass ich

- a) von anderen wohngeldberechtigten Haushaltsangehörigen bestimmt worden bin, den Wohngeldantrag zu stellen (§ 3 Abs. 3 WoGG),
- b) die Erläuterungen im Hinweisblatt zur Kenntnis genommen habe und dass alle Angaben, auch soweit sie in Anlagen zum Antrag zu machen sind, richtig und vollständig sind. Insbesondere bestätige ich, dass die bei Frage 9 aufgeführten haushaltsangehörigen Personen, die nicht vom Wohngeld ausgeschlossen sind, keine weiteren Einnahmen als die angegebenen haben, auch nicht aus gelegentlicher Nebentätigkeit.

Mir ist bekannt, dass ich gesetzlich verpflichtet bin, der Wohngeldstelle

a) Änderungen in den Verhältnissen, die für die Leistung von Wohngeld erheblich sind, unverzüglich mitzuteilen. Dies gilt insbesondere für einen Auszug von zu meinem Haushalt rechnenden Personen und für einen Einzug von Personen, die einen Antrag auf eine der im Hinweisblatt genannten Transferleistungen gestellt haben oder eine dieser Leistungen beziehen sowie für Einnahmeerhöhungen oder Mietverringerungen von mehr als 15 %. Der Wohngeldbescheid enthält hierzu nähere Erläuterungen;

b) unverzüglich anzuzeigen, wenn

- alle zum Haushalt rechnenden Personen aus der Wohnung, für die Wohngeld gewährt wird, vor Ablauf des Bewilligungszeitraumes ausgezogen sind (der Wohngeldbescheid wird dann vom Ersten des Monats bzw. bei Auszug zum Haushalt rechnenden Personen während eines Monats vom Ersten des nächsten Monats unwirksam). Auch ein Umzug innerhalb des Hauses ist unverzüglich mitzuteilen. Für die neue Wohnung ist ein neuer Wohngeldantrag erforderlich;
- ich oder eine der zu meinem Haushalt rechnenden Personen einen Antrag auf eine der im Hinweisblatt genannten Transferleistungen gestellt hat oder eine dieser Leistungen bezieht.

Verstöße gegen diese Mitteilungspflichten sowie unrichtige bzw. unterlassene Angaben im Antragsverfahren, die den Anspruch auf Wohngeld mindern würden, können als Ordnungswidrigkeit mit einer Geldbuße bis zu 2.000 Euro bzw. als Straftat geahndet werden;

Ein zu Unrecht erhaltenes Wohngeld ist zurückzuzahlen, wenn ich die ungerechtfertigte Gewährung zu vertreten habe.

Im Rahmen der allgemeinen Sorgfaltspflicht habe ich den auf der Grundlage dieses Antrages erlassenen Wohngeldbescheid auf Übereinstimmung mit den von mir gemachten Angaben im Antrag zu überprüfen. Ich nehme zur Kenntnis, dass Kosten, die mir selbst im Zusammenhang mit der Stellung des Wohngeldantrages entstehen, nicht erstattet werden (§ 22 Abs. 5 WoGG).

Weiterhin nehme ich zur Kenntnis, dass die für die Berechnung und Zahlung des Wohngeldes erforderlichen personenbezogenen Daten automatisiert verarbeitet werden (§§ 23 und 34 bis 36 WoGG). Die Daten werden anonymisiert für Zwecke der Wohngeldstatistik verwendet (§§ 34 bis 36 WoGG).

Die Wohngeldstelle überprüft im Wege eines Datenabgleichs regelmäßig,

ob für Zeiträume, für die Wohngeld bewilligt wurde

- zum Haushalt rechnende Personen Transferleistungen beantragt haben oder erhalten, die zum Abschluss von Wohngeld führen (vgl. Hinweise). Dies gilt auch für haushaltsangehörige Personen, die bei der Berechnung des Bedarfs für die Transferleistung mit berücksichtigt worden sind;
- eine versicherungspflichtige oder geringfügige Beschäftigung besteht oder bestand;
- bereits Wohngeld beantragt oder empfangen wird oder wurde;
- in welcher Höhe Leistungen der Renten- und Unfallversicherungen gezahlt worden sind;
- in welcher Höhe vom Steuerabzug freigestellte Kapitalerträge erzielt wurden,
- ein zu berücksichtigendes Haushaltsmitglied nicht mehr in der Wohnung gemeldet ist, für die Wohngeld geleistet wurde,
- die Bundesagentur für Arbeit die Leistung von Arbeitslosengeld I eingestellt hat (§ 33 Abs. 2 WoGG).

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum



\_\_\_\_\_  
Unterschrift der antragstellenden Person