

# Weiterleistungsantrag für den Mietzuschuss

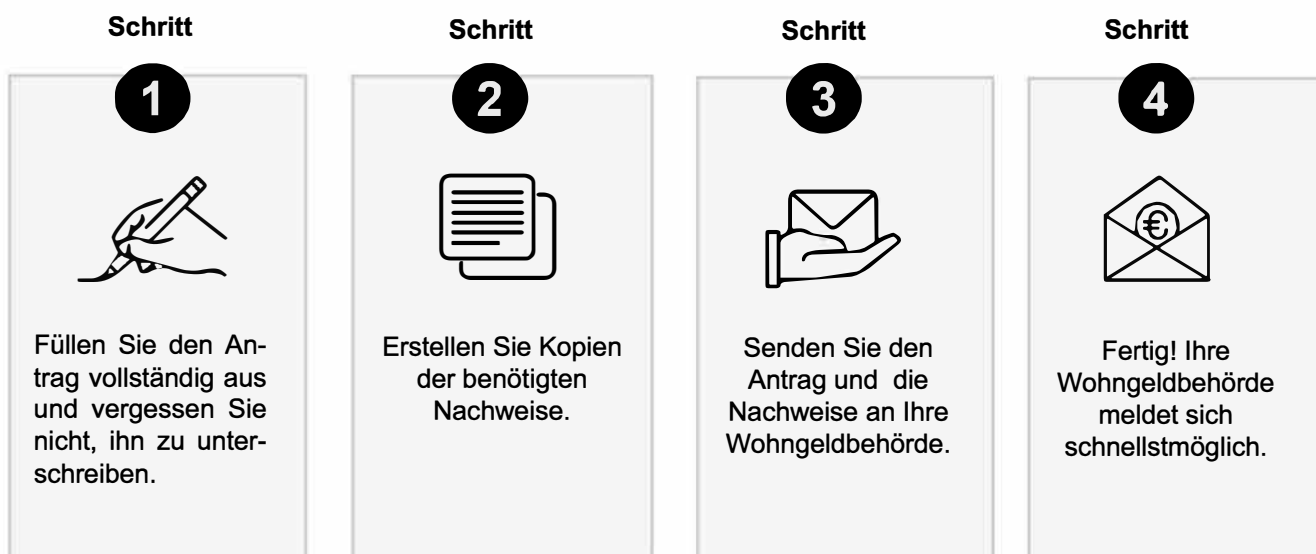
Einführungsseite

Sie haben bis zum letzten Monat Wohngeld für Ihren angemieteten Wohnraum bezogen oder Ihre Bewilligung läuft demnächst aus? Mit diesem verkürzten Formular können Sie die Weiterleistung Ihrer Leistung beantragen. Bewohnen Sie selbst genutzten Wohnraum (z.B. als Eigentümer/Eigentümerin) verwenden Sie bitte den Weiterleistungsantrag für den Lastenzuschuss.

## Was ist Wohngeld?

Das Wohngeld ist eine finanzielle Hilfe des Staates für Personen mit geringem Einkommen zur Entlastung bei den Wohnkosten. Das Wohngeld wird für den gesamten Haushalt gezahlt. Die Höhe des Wohngeldes hängt ab von der Anzahl der Haushaltsmitglieder, der Höhe der Einnahmen aller Haushaltsmitglieder und der Höhe der Miete.

## Was müssen Sie tun?



Achten Sie auf die folgenden Symbole im Antrag:



Nachweise erforderlich



Wichtig zu wissen! - Tipps und Informationen



Erklärungen zu Begriffen und Beispiele für Antworten.

## Weiterleistungsantrag für einen Mietzuschuss nach dem Wohngeldgesetz

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                             |                                |                         |                                    |                                                                                                                                                                                                     |                       |                                       |                                        |                                                                                                                                                             |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|--------------------------------|-------------------------|------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>Wohngeldnummer / Aktenzeichen</b><br>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <b>Eingangsstempel</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                             |                                |                         |                                    |                                                                                                                                                                                                     |                       |                                       |                                        |                                                                                                                                                             |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |
| <b>Ihre persönlichen Angaben</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                             |                                |                         |                                    |                                                                                                                                                                                                     |                       |                                       |                                        |                                                                                                                                                             |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |
| <b>1</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 45%; vertical-align: top;"> <b>Familienname</b><br/> </td> <td style="width: 55%; vertical-align: top;"> <b>Vorname(n)</b><br/> </td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <b>Geburtsdatum</b><br/> </td> <td style="vertical-align: top;"> <b>Staatsangehörigkeit(en)</b><br/> </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="vertical-align: top;"> <b>Geschlecht</b><br/> <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: 0.9em;"> <span>männlich</span> <span>weiblich</span> <span>divers</span> <span>keine Angabe</span> </div> </td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <b>Telefonnummer (freiwillig)</b><br/> </td> <td style="vertical-align: top;"> <b>E-Mail-Adresse (freiwillig)</b><br/> </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="background-color: #f2f2f2; padding: 5px;"> <b>Nachweis(e):</b> Für Antragsteller/Antragstellerinnen aus Drittstaaten (Nicht-EU-Staaten): Reichen Sie bitte einen Nachweis Ihres Aufenthaltstitels ein.                 </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="vertical-align: top;"> <b>Familienstand</b><br/> <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: 0.9em;"> <span>ledig</span> <span>verheiratet</span> <span>getrennt lebend</span> <span>eingetragene Lebenspartnerschaft</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: 0.9em;"> <span>geschieden</span> <span>verwitwet</span> <span>nichteheliche Lebensgemeinschaft</span> </div> </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="vertical-align: top;"> <b>Erwerbsstatus</b><br/> <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: 0.9em;"> <span>Arbeitnehmer/in</span> <span>Selbständige/r</span> <span>Auszubildende/r oder Student/in</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: 0.9em;"> <span>Rentner/in oder Pensionär/in</span> <span>zurzeit arbeitslos</span> <span>sonstige Nichterwerbsperson</span> </div> </td> </tr> </table> | <b>Familienname</b><br>     | <b>Vorname(n)</b><br>          | <b>Geburtsdatum</b><br> | <b>Staatsangehörigkeit(en)</b><br> | <b>Geschlecht</b><br><div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: 0.9em;"> <span>männlich</span> <span>weiblich</span> <span>divers</span> <span>keine Angabe</span> </div> |                       | <b>Telefonnummer (freiwillig)</b><br> | <b>E-Mail-Adresse (freiwillig)</b><br> | <b>Nachweis(e):</b> Für Antragsteller/Antragstellerinnen aus Drittstaaten (Nicht-EU-Staaten): Reichen Sie bitte einen Nachweis Ihres Aufenthaltstitels ein. |  | <b>Familienstand</b><br><div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: 0.9em;"> <span>ledig</span> <span>verheiratet</span> <span>getrennt lebend</span> <span>eingetragene Lebenspartnerschaft</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: 0.9em;"> <span>geschieden</span> <span>verwitwet</span> <span>nichteheliche Lebensgemeinschaft</span> </div> |  | <b>Erwerbsstatus</b><br><div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: 0.9em;"> <span>Arbeitnehmer/in</span> <span>Selbständige/r</span> <span>Auszubildende/r oder Student/in</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: 0.9em;"> <span>Rentner/in oder Pensionär/in</span> <span>zurzeit arbeitslos</span> <span>sonstige Nichterwerbsperson</span> </div> |  |
| <b>Familienname</b><br>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <b>Vorname(n)</b><br>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                             |                                |                         |                                    |                                                                                                                                                                                                     |                       |                                       |                                        |                                                                                                                                                             |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |
| <b>Geburtsdatum</b><br>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <b>Staatsangehörigkeit(en)</b><br>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                             |                                |                         |                                    |                                                                                                                                                                                                     |                       |                                       |                                        |                                                                                                                                                             |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |
| <b>Geschlecht</b><br><div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: 0.9em;"> <span>männlich</span> <span>weiblich</span> <span>divers</span> <span>keine Angabe</span> </div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                             |                                |                         |                                    |                                                                                                                                                                                                     |                       |                                       |                                        |                                                                                                                                                             |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |
| <b>Telefonnummer (freiwillig)</b><br>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <b>E-Mail-Adresse (freiwillig)</b><br>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                             |                                |                         |                                    |                                                                                                                                                                                                     |                       |                                       |                                        |                                                                                                                                                             |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |
| <b>Nachweis(e):</b> Für Antragsteller/Antragstellerinnen aus Drittstaaten (Nicht-EU-Staaten): Reichen Sie bitte einen Nachweis Ihres Aufenthaltstitels ein.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                             |                                |                         |                                    |                                                                                                                                                                                                     |                       |                                       |                                        |                                                                                                                                                             |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |
| <b>Familienstand</b><br><div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: 0.9em;"> <span>ledig</span> <span>verheiratet</span> <span>getrennt lebend</span> <span>eingetragene Lebenspartnerschaft</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: 0.9em;"> <span>geschieden</span> <span>verwitwet</span> <span>nichteheliche Lebensgemeinschaft</span> </div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                             |                                |                         |                                    |                                                                                                                                                                                                     |                       |                                       |                                        |                                                                                                                                                             |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |
| <b>Erwerbsstatus</b><br><div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: 0.9em;"> <span>Arbeitnehmer/in</span> <span>Selbständige/r</span> <span>Auszubildende/r oder Student/in</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: 0.9em;"> <span>Rentner/in oder Pensionär/in</span> <span>zurzeit arbeitslos</span> <span>sonstige Nichterwerbsperson</span> </div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                             |                                |                         |                                    |                                                                                                                                                                                                     |                       |                                       |                                        |                                                                                                                                                             |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |
| <b>Angaben zum Haushalt</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                             |                                |                         |                                    |                                                                                                                                                                                                     |                       |                                       |                                        |                                                                                                                                                             |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |
| <b>2</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <b>Erfolgte ein Umzug (auch innerhalb des Hauses)?</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                             |                                |                         |                                    |                                                                                                                                                                                                     |                       |                                       |                                        |                                                                                                                                                             |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |
| <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>Nein      Ja</span> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; flex-grow: 1;"> <b>Wenn ja, wann? (Datum)</b><br/> </div> </div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                             |                                |                         |                                    |                                                                                                                                                                                                     |                       |                                       |                                        |                                                                                                                                                             |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |
| <b>Wenn ja, füllen Sie bitte die folgenden Felder aus:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                             |                                |                         |                                    |                                                                                                                                                                                                     |                       |                                       |                                        |                                                                                                                                                             |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 40%;"><b>Straße</b><br/></td> <td style="width: 40%;"><b>Hausnummer</b><br/></td> </tr> <tr> <td></td> <td><b>Postleitzahl</b><br/></td> <td><b>Ort</b><br/></td> </tr> </table>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                             | <b>Straße</b><br>              | <b>Hausnummer</b><br>   |                                    | <b>Postleitzahl</b><br>                                                                                                                                                                             | <b>Ort</b><br>        |                                       |                                        |                                                                                                                                                             |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <b>Straße</b><br>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <b>Hausnummer</b><br>       |                                |                         |                                    |                                                                                                                                                                                                     |                       |                                       |                                        |                                                                                                                                                             |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <b>Postleitzahl</b><br>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <b>Ort</b><br>              |                                |                         |                                    |                                                                                                                                                                                                     |                       |                                       |                                        |                                                                                                                                                             |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |
| <b>Nachweis(e):</b> Reichen Sie bitte für den Umzug einen entsprechenden Nachweis ein (zum Beispiel Meldebescheinigung, Mietvertrag).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                             |                                |                         |                                    |                                                                                                                                                                                                     |                       |                                       |                                        |                                                                                                                                                             |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |
| <b>3</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <b>Aus wie vielen Personen besteht Ihr Haushalt?</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                             |                                |                         |                                    |                                                                                                                                                                                                     |                       |                                       |                                        |                                                                                                                                                             |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 70%;"><b>Haushaltsmitglieder:</b></td> <td style="width: 30%;"><b>Anzahl der Personen</b><br/></td> </tr> </table>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <b>Haushaltsmitglieder:</b> | <b>Anzahl der Personen</b><br> |                         |                                    |                                                                                                                                                                                                     |                       |                                       |                                        |                                                                                                                                                             |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |
| <b>Haushaltsmitglieder:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <b>Anzahl der Personen</b><br>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                             |                                |                         |                                    |                                                                                                                                                                                                     |                       |                                       |                                        |                                                                                                                                                             |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |
| <div style="display: flex; align-items: center;"> <div> <p><b>Wichtig zu wissen:</b> Haushaltsmitglieder sind alle Personen, die mit Ihnen zusammen in einer Wohnung leben (Kinder und Erwachsene). Nicht zu Ihrem Haushalt gehören zum Beispiel Mitbewohner/Mitbewohnerinnen in einer Studenten-WG oder Untermieter/Untermieterinnen. Haushaltsmitglieder müssen nicht die gesamte Zeit in der Wohnung wohnen (zum Beispiel, wenn sie wochentags beruflich bedingt woanders sind).</p> <p><b>Wichtig ist, dass die Wohnung ihr Lebensmittelpunkt ist.</b> Kinder (auch Pflegekinder) zählen auch dann als Haushaltsmitglieder, wenn sie beim anderen Elternteil leben, aber in Ihrem Haushalt zu mindestens 1/3 betreut werden. Falls Sie mehr als ein Kind zu einem etwas geringeren Anteil als 1/3 betreuten, dürfen Sie das jüngste dieser Kinder als Haushaltsmitglieder angeben.</p> </div> </div> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                             |                                |                         |                                    |                                                                                                                                                                                                     |                       |                                       |                                        |                                                                                                                                                             |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |
| <b>4</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <b>Wohnen noch andere nicht zu Ihrem Haushalt gehörende Personen in der Wohnung (z.B. Untermieter/Untermieterin, Mitbewohner/Mitbewohnerin in einer Wohngemeinschaft)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                             |                                |                         |                                    |                                                                                                                                                                                                     |                       |                                       |                                        |                                                                                                                                                             |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |
| <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>Nein      Ja</span> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; flex-grow: 1;"> <b>Anzahl der Personen</b><br/> </div> </div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                             |                                |                         |                                    |                                                                                                                                                                                                     |                       |                                       |                                        |                                                                                                                                                             |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |
| <b>Wenn ja, wer sind diese Personen:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                             |                                |                         |                                    |                                                                                                                                                                                                     |                       |                                       |                                        |                                                                                                                                                             |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 40%;"><b>Familienname</b><br/></td> <td style="width: 40%;"><b>Vorname(n)</b><br/></td> </tr> <tr> <td></td> <td><b>Familienname</b><br/></td> <td><b>Vorname(n)</b><br/></td> </tr> <tr> <td></td> <td><b>Familienname</b><br/></td> <td><b>Vorname(n)</b><br/></td> </tr> </table>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                             | <b>Familienname</b><br>        | <b>Vorname(n)</b><br>   |                                    | <b>Familienname</b><br>                                                                                                                                                                             | <b>Vorname(n)</b><br> |                                       | <b>Familienname</b><br>                | <b>Vorname(n)</b><br>                                                                                                                                       |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <b>Familienname</b><br>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <b>Vorname(n)</b><br>       |                                |                         |                                    |                                                                                                                                                                                                     |                       |                                       |                                        |                                                                                                                                                             |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <b>Familienname</b><br>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <b>Vorname(n)</b><br>       |                                |                         |                                    |                                                                                                                                                                                                     |                       |                                       |                                        |                                                                                                                                                             |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <b>Familienname</b><br>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <b>Vorname(n)</b><br>       |                                |                         |                                    |                                                                                                                                                                                                     |                       |                                       |                                        |                                                                                                                                                             |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |

## Weiterleistungsantrag für einen Mietzuschuss nach dem Wohngeldgesetz

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                  |                                                                                               |                                                |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| <b>5</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <b>Erfolgte ein Einzug, ein Auszug, eine Geburt oder ein Todesfall eines Haushaltsmitglieds?</b> |                                                                                               |                                                |
| Nein                      Ja                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                  |                                                                                               |                                                |
| Wenn ja, füllen Sie bitte die folgenden Felder aus:                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                  |                                                                                               |                                                |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                  | Einzug                      Auszug                      Geburt                      Todesfall | Wann (Datum)                                   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                  | Familienname<br>▶                                                                             | Vorname<br>▶                                   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                  | Geburtsdatum<br>▶                                                                             | Staatsangehörigkeit(en)<br>▶                   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                  | Geschlecht (siehe Frage 1)<br>▶                                                               | Familienstand (siehe Frage 1)<br>▶             |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                  | Erwerbsstatus (siehe Frage 1)<br>▶                                                            | Beziehungsverhältnis (z.B. Partnerschaft)<br>▶ |
| <b>Angaben zur Miete</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                  |                                                                                               |                                                |
| <b>6</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <b>Gesamtmiete:</b>                                                                              |                                                                                               | Betrag in EUR/Monat<br>▶                       |
| In der Gesamtmiete sind folgende Kosten/Gebühren enthalten:                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                  |                                                                                               |                                                |
| <b>Heizkosten</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                  |                                                                                               |                                                |
| Nein                      Ja                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                  |                                                                                               | Betrag in EUR/Monat<br>▶                       |
| <b>Warmwasserkosten</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                  |                                                                                               |                                                |
| Nein                      Ja                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                  |                                                                                               | Betrag in EUR/Monat<br>▶                       |
| <b>Miete für Garage/Stellplatz/Carport</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                  |                                                                                               |                                                |
| Nein                      Ja                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                  |                                                                                               | Betrag in EUR/Monat<br>▶                       |
| <b>Servicepauschale</b> (zum Beispiel Vergütungen für allgemeine Unterstützungsleistungen wie die Vermittlung von Pflege- und Betreuungsleistungen, Leistungen der hauswirtschaftlichen Versorgung oder Notrufdienste)                                                                                                                   |                                                                                                  |                                                                                               |                                                |
| Nein                      Ja                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                  |                                                                                               | Betrag in EUR/Monat<br>▶                       |
| <b>Kosten für Haushaltsenergie</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                  |                                                                                               |                                                |
| Nein                      Ja                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                  |                                                                                               | Betrag in EUR/Monat<br>▶                       |
| <b>Haben Sie sonstige Kosten, die an Dritte und nicht an den Vermieter / die Vermieterin zu zahlen sind (zum Beispiel für Müllentsorgung, Kabelanschluss/Antenne, Wasser/Abwasser)?</b>                                                                                                                                                  |                                                                                                  |                                                                                               |                                                |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                  | Art der Kosten<br>▶                                                                           | Betrag in EUR/Monat<br>▶                       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                  | Art der Kosten<br>▶                                                                           | Betrag in EUR/Monat<br>▶                       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                  | Art der Kosten<br>▶                                                                           | Betrag in EUR/Monat<br>▶                       |
| <b>7</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <b>Wird sich die Miete für die Wohnung in den nächsten 12 Monaten verringern oder erhöhen?</b>   |                                                                                               |                                                |
| Nein                      Ja, verringern                      Ja, erhöhen                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                  |                                                                                               |                                                |
| Wenn ja, füllen Sie bitte die folgenden Felder aus:                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                  |                                                                                               |                                                |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                  | Zeitpunkt der Änderung<br>▶                                                                   | Zukünftige Gesamtmiete in EUR/Monat<br>▶       |
| <div style="display: flex; align-items: center;"> <div> <b>Nachweis(e):</b> Reichen Sie bitte für die geänderten Kosten zur Miete die Nachweise ein.<br/> <b>Beispiele für Nachweis(e):</b> Mieterhöhungsschreiben, Vermieterbescheinigung, Betriebs- und Heizkostenabrechnung, Abrechnung mit dem Wasserversorger         </div> </div> |                                                                                                  |                                                                                               |                                                |

## Weiterleistungsantrag für einen Mietzuschuss nach dem Wohngeldgesetz

| Welche Einnahmen haben Sie und Ihre Haushaltsmitglieder?                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                    |                                                                    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                    | <p><b>Wichtig zu wissen:</b> Es sind alle Einnahmen (Geld- und Sachleistungen) anzugeben. Machen Sie bitte auch entsprechende Angaben, wenn zu Ihrem Haushalt rechnende Personen keinerlei Einnahmen haben.</p> <p>Beispiele für die im Folgenden abgefragten Turnusangaben sind: <b>monatlich, täglich, jährlich oder einmalig.</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                    |                                                                    |
|                                                                                                                                                                                                    | <p><b>Nachweis(e):</b> Reichen Sie bitte für alle laufenden und einmaligen Einnahmen die entsprechenden Nachweise ein. Zu den anzugebenden Einnahmen zählen zum Beispiel auch Einkommen aus geringfügiger Beschäftigung (Minijob) oder Zinsen und Kapitalerträge. Geben Sie auch alle Einnahmen an, die Sie voraussichtlich innerhalb der nächsten 12 Monate zusätzlich noch erhalten (z.B. Weihnachtsgeld, Urlaubsgeld). Sie können für diese Einnahmen den Betrag der letzten Auszahlung eintragen. Beruflich veranlasste Kosten, sogenannte <b>Werbungskosten</b> und Aufwendungen für <b>Kinderbetreuungskosten</b>, können bei Nachweis berücksichtigt werden.</p> <p><b>Weitere Beispiele für Nachweis(e):</b> Verdienstabrechnungen/Verdienstbescheinigung(en) der letzten 12 Monate, Rentenanpassungsmittelteilung, Nachweis über Erfüllung der Grundrentenzeiten, Unterhalt, Arbeitslosengeld, Bürgergeld, Kinderzuschlag, BAföG, BAB, Elterngeld, Kapitalerträge usw.</p> <p><b>Bei weiteren Einnahmen verwenden Sie bitte ein weiteres Blatt.</b></p> |                                                                    |                                                                    |
| 8 Einnahme der Person, für die Wohngeld beantragt wird                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                    |                                                                    |
| Familienname                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Vorname(n)                                                         |                                                                    |
| <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 1.2em;"></div>                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 1.2em;"></div> |                                                                    |
| 1. Art der Einnahme                                                                                                                                                                                                                                                                 | Brutto in EUR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Turnus                                                             |                                                                    |
| <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 1.2em;"></div>                                                                                                                                                                                                                  | <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 1.2em;"></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 1.2em;"></div> |                                                                    |
| 2. Art der Einnahme                                                                                                                                                                                                                                                                 | Brutto in EUR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Turnus                                                             |                                                                    |
| <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 1.2em;"></div>                                                                                                                                                                                                                  | <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 1.2em;"></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 1.2em;"></div> |                                                                    |
| 3. Art der Einnahme                                                                                                                                                                                                                                                                 | Brutto in EUR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Turnus                                                             |                                                                    |
| <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 1.2em;"></div>                                                                                                                                                                                                                  | <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 1.2em;"></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 1.2em;"></div> |                                                                    |
| Werden von den Einnahmen folgende Abgaben geleistet?                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                    |                                                                    |
| Steuern                                                                                                                                                                                                                                                                             | Beiträge zur Renten-/Lebensversicherung                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung                       |                                                                    |
| Einnahmen des 1. Haushaltsmitglieds                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                    |                                                                    |
| Familienname                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Vorname(n)                                                         |                                                                    |
| <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 1.2em;"></div>                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 1.2em;"></div> |                                                                    |
| 1. Art der Einnahme                                                                                                                                                                                                                                                                 | Brutto in EUR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Turnus                                                             |                                                                    |
| <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 1.2em;"></div>                                                                                                                                                                                                                  | <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 1.2em;"></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 1.2em;"></div> |                                                                    |
| 2. Art der Einnahme                                                                                                                                                                                                                                                                 | Brutto in EUR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Turnus                                                             |                                                                    |
| <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 1.2em;"></div>                                                                                                                                                                                                                  | <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 1.2em;"></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 1.2em;"></div> |                                                                    |
| 3. Art der Einnahme                                                                                                                                                                                                                                                                 | Brutto in EUR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Turnus                                                             |                                                                    |
| <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 1.2em;"></div>                                                                                                                                                                                                                  | <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 1.2em;"></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 1.2em;"></div> |                                                                    |
| Werden davon folgende Abgaben geleistet?                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                    |                                                                    |
| Steuern                                                                                                                                                                                                                                                                             | Beiträge zur Renten-/Lebensversicherung                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung                       |                                                                    |
| Einnahmen des 2. Haushaltsmitglieds                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                    |                                                                    |
| Familienname                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Vorname(n)                                                         |                                                                    |
| <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 1.2em;"></div>                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 1.2em;"></div> |                                                                    |
| 1. Art der Einnahme                                                                                                                                                                                                                                                                 | Brutto in EUR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Turnus                                                             |                                                                    |
| <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 1.2em;"></div>                                                                                                                                                                                                                  | <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 1.2em;"></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 1.2em;"></div> |                                                                    |
| 2. Art der Einnahme                                                                                                                                                                                                                                                                 | Brutto in EUR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Turnus                                                             |                                                                    |
| <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 1.2em;"></div>                                                                                                                                                                                                                  | <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 1.2em;"></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 1.2em;"></div> |                                                                    |
| Werden davon folgende Abgaben geleistet?                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                    |                                                                    |
| Steuern                                                                                                                                                                                                                                                                             | Beiträge zur Renten-/Lebensversicherung                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung                       |                                                                    |
| Weitere Angaben                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                    |                                                                    |
| 9 Hatten Sie und/oder ein anderes Haushaltsmitglied in den letzten 12 Monaten einmalige Einnahmen (z. B. einmalige Unterhaltszahlungen, Rentennachzahlungen, Versicherungsleistungen und Abfindungen) oder sind solche einmaligen Einnahmen in den nächsten 12 Monaten zu erwarten? |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                    |                                                                    |
| <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>Nein</span> <span>Ja</span> </div>                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                    |                                                                    |
| Wenn ja, füllen Sie bitte die folgenden Felder aus:                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                    |                                                                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Familienname                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                    | Vorname                                                            |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 1.2em;"></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                    | <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 1.2em;"></div> |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Art der einmaligen Einnahme(n)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                    |                                                                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 1.2em;"></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                    |                                                                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Datum der Zahlung                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Höhe in EUR/Monat                                                  |                                                                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 1.2em;"></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 1.2em;"></div> |                                                                    |

## Weiterleistungsantrag für einen Mietzuschuss nach dem Wohngeldgesetz

|           |                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                       |
|-----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>10</b> | <b>Beziehen Sie oder ein weiteres Haushaltsmitglied eine andere staatliche Leistung (z.B. Bürgergeld -SGB II, Hilfe zum Lebensunterhalt -SGB XII, Berufsausbildungsbeihilfe, BAföG, Unterhaltsvorschuss) oder ist eine solche Leistung beantragt?</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                       |
|           | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>Nein</span> <span>Ja</span> </div>                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                       |
|           | Wenn ja, wer bezieht welche Leistung oder hat eine Leistung beantragt?                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                       |
|           | <b>Angaben für eine 1. Person</b>                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                       |
|           |                                                                                                                                                                                                                                                       | <b>Familienname</b><br><div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; margin-top: 2px;"></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <b>Vorname</b><br><div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; margin-top: 2px;"></div>                                  |
|           |                                                                                                                                                                                                                                                       | <b>Bezeichnung der Leistung</b><br><div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; margin-top: 2px;"></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <b>Höhe in EUR/Monat</b><br><div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; margin-top: 2px;"></div>                        |
|           | <b>Angaben für eine 2. Person</b>                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                       |
|           |                                                                                                                                                                                                                                                       | <b>Familienname</b><br><div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; margin-top: 2px;"></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <b>Vorname</b><br><div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; margin-top: 2px;"></div>                                  |
|           |                                                                                                                                                                                                                                                       | <b>Bezeichnung der Leistung</b><br><div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; margin-top: 2px;"></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <b>Höhe in EUR/Monat</b><br><div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; margin-top: 2px;"></div>                        |
| <b>11</b> | <b>Werden sich die Einnahmen bei Ihnen und/oder einem anderen Haushaltsmitglied in den nächsten 12 Monaten verringern oder erhöhen?</b><br>(zum Beispiel wegen Arbeitsaufnahme, Antrag auf Rente, Sozialhilfe oder Versicherungsleistung)             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                       |
|           | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>Nein</span> <span>Ja, verringern</span> <span>Ja, erhöhen</span> </div>                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                       |
|           | Wenn ja, füllen Sie bitte die folgenden Felder aus (Brutto-Einnahmen ggf. geschätzt):                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                       |
|           |                                                                                                                                                                                                                                                       | <b>Familienname</b><br><div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; margin-top: 2px;"></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <b>Vorname</b><br><div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; margin-top: 2px;"></div>                                  |
|           |                                                                                                                                                                                                                                                       | <b>Einnahmeart</b><br><div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; margin-top: 2px;"></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <b>Zeitpunkt der Veränderung</b><br><div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; margin-top: 2px;"></div>                |
|           |                                                                                                                                                                                                                                                       | <b>Grund der Veränderung</b><br><div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; margin-top: 2px;"></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <b>zukünftige Brutto-Einnahmen in EUR/Monat</b><br><div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; margin-top: 2px;"></div> |
| <b>12</b> | <b>Haben Sie und/oder ein anderes Haushaltsmitglied einen Anspruch auf Unterhalt, der noch nicht durchgesetzt werden konnte?</b>                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                       |
|           | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>Nein</span> <span>Ja</span> </div>                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                       |
|           | Wenn ja, für welche Person?                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                       |
|           |                                                                                                                                                                                                                                                       | <b>Familienname</b><br><div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; margin-top: 2px;"></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <b>Vorname</b><br><div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; margin-top: 2px;"></div>                                  |
| <b>13</b> | <b>Werden von Ihnen oder einem Haushaltsmitglied Kinderbetreuungskosten entrichtet?</b>                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                       |
|           | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>Nein</span> <span>Ja</span> </div>                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                       |
|           | Wenn ja, wer zahlt welche Kinderbetreuungskosten in welcher Höhe?                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                       |
|           |                                                                                                                                                                                                                                                       | <b>Familienname</b><br><div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; margin-top: 2px;"></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <b>Vorname</b><br><div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; margin-top: 2px;"></div>                                  |
|           |                                                                                                                                                                                                                                                       | <b>Art der Kinderbetreuungskosten</b><br><div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; margin-top: 2px;"></div>                                                                                                                                                                                                                                                                             | <b>Betreuungskosten in EUR</b><br><div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; margin-top: 2px;"></div>                  |
|           |                                                                                                                                                                                                                                                       | <b>Bitte klären Sie, ob Sie sich bei Bezug von Wohngeld vom Elternbeitrag befreien lassen können. Wichtig zu wissen:</b> Aufwendungen für Kinderbetreuungskosten sind beispielsweise Aufwendungen für Kinderpflegepersonal (sog. Tagesmütter oder Tagesväter, Kindergärten und Kindertagesstätten). <b>Keine Aufwendungen</b> für Kinderbetreuungskosten sind beispielsweise Schulgeld oder Essensgeld. |                                                                                                                                       |
| <b>14</b> | <b>Zahlen Sie oder ein weiteres Haushaltsmitglied seit der letzten Antragstellung erstmalig auf Grund einer gesetzlichen Verpflichtung laufend Unterhalt oder hat sich eine laufende Zahlung einer Unterhaltsverpflichtung geändert?</b>              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                       |
|           | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>Nein</span> <span>Ja</span> </div>                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                       |
|           | Wenn ja, geben Sie bitte an, wer Unterhalt zahlt:                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                       |
|           |                                                                                                                                                                                                                                                       | <b>Familienname</b><br><div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; margin-top: 2px;"></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <b>Vorname</b><br><div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; margin-top: 2px;"></div>                                  |
|           | Für wen und in welcher Höhe wird Unterhalt gezahlt:                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                       |
|           |                                                                                                                                                                                                                                                       | <b>Familienname</b><br><div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; margin-top: 2px;"></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <b>Vorname</b><br><div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; margin-top: 2px;"></div>                                  |
|           |                                                                                                                                                                                                                                                       | <b>Geburtsdatum</b><br><div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; margin-top: 2px;"></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                       |
|           |                                                                                                                                                                                                                                                       | <b>Beziehungsverhältnis (z.B. Kind)</b><br><div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; margin-top: 2px;"></div>                                                                                                                                                                                                                                                                           | <b>Höhe des Unterhalts in EUR/Monat</b><br><div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; margin-top: 2px;"></div>         |

## Weiterleistungsantrag für einen Mietzuschuss nach dem Wohngeldgesetz

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>15</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <b>Wurde bei Ihnen oder einem weiteren Haushaltsmitglied seit der letzten Antragstellung</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>eine Schwerbehinderung mit einem Grad der Behinderung von 100 oder</li> <li>von unter 100 bei Pflegebedürftigkeit und gleichzeitiger häuslicher oder teilstationärer Pflege oder Kurzzeitpflege (§14 SGB XI)</li> </ul> <b>festgestellt?</b>                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Wenn ja, welche Person:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> <b>Familienname</b><br/> <input style="width: 90%;" type="text"/> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> <b>Schwerbehinderung (Grad der Behinderung)</b><br/> <input style="width: 90%;" type="text"/> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> <b>sofern zutreffend: Art der Pflege (z.B. häuslich, teilstationär, Kurzzeitpflege)</b><br/> <input style="width: 90%;" type="text"/> </div> | <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> <b>Vorname</b><br/> <input style="width: 90%;" type="text"/> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> <b>Pflegegrad</b><br/> <input style="width: 90%;" type="text"/> </div>                                                          |
| <b>16</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <b>Haben sich seit der letzten Antragstellung bei Ihnen und/oder einem anderen Haushaltsmitglied die Vermögensverhältnisse geändert und wird ein Gesamtvermögen von 60.000 EUR für Sie plus 30.000 EUR pro weiterem Haushaltsmitglied überschritten?</b>                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <b>Höhe des Vermögens in EUR (circa)</b><br><input style="width: 90%;" type="text"/>                                                                                                                                                                                                                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <b>Wichtig zu wissen:</b> Die Summe der Vermögenswerte ergibt sich aus Immobilien, Grundbesitz (auch im Ausland), Geldvermögen, Forderungen und sonstige Rechte, Wertgegenstände, bewegliche Sachen (zum Beispiel Auto, Schmuck), sonstige Vermögenswerte (zum Beispiel: Bausparvertrag, Lebensversicherung). |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <b>Nachweis(e):</b> Haben Sie Fragen in den Ziffern 9 – 16 mit Ja beantwortet, reichen Sie bitte einen entsprechenden Nachweis ein. <b>Bei weiteren Personen verwenden Sie bitte ein weiteres Blatt.</b>                                                                                                      |
| <b>17</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <b>Hat sich Ihre Bankverbindung für die Überweisung des Wohngeldes geändert?</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Wenn ja, füllen Sie bitte die folgenden Felder aus:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> <b>Name (Empfängerin / Empfänger)</b><br/> <input style="width: 90%;" type="text"/> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> <b>Bank</b><br/> <input style="width: 90%;" type="text"/> </div>                                                                                                                                                                                                                     | <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> <b>Vorname (Empfängerin / Empfänger)</b><br/> <input style="width: 90%;" type="text"/> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> <b>IBAN</b><br/> <input style="width: 90%;" type="text"/> </div>                                      |
| <b>Wichtige Hinweise</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass alle Angaben in diesem Antrag, insbesondere zu den Einnahmen der Haushaltsmitglieder, richtig und vollständig sind. Sie müssen der Wohngeldbehörde alle Änderungen zum Antrag mitteilen, die Ihnen nach Antragstellung bekannt werden (z.B., wenn Sie umziehen, Haushaltsmitglieder ausziehen oder sich deren oder Ihre Einnahmen ändern).</li> <li>Ihre Angaben werden mit anderen Behörden abgeglichen (z.B. ob es noch Einkünfte aus einem Minijob gibt, ob ein Haushaltsmitglied Bürgergeld erhält, ob Sie und Ihre Haushaltsmitglieder in der Wohnung gemeldet sind).</li> <li>Wenn Ihre Angaben falsch sind, Angaben verschwiegen wurden oder Änderungen nicht mitgeteilt werden, können Sie damit eine Ordnungswidrigkeit (Geldbuße bis zu 2.000 EUR) oder sogar eine Straftat (z.B. Betrug) begehen.</li> <li>Ihre Daten werden automatisiert verarbeitet und auch anonymisiert für die Wohngeldstatistik verwendet.</li> <li>Kontoauszüge können hinsichtlich höchstpersönlicher Zwecke der Überweisung geschwärzt werden (zum Beispiel: Zahlungen an politische Parteien, Gewerkschaften und Religionsgemeinschaften), aber nicht hinsichtlich des Betrags.</li> <li>Bitte lesen Sie die Hinweise zum Datenschutz durch.</li> </ul> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>18</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Ich bin damit einverstanden, dass meine eingereichten Kontoauszüge zu den Akten genommen werden.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Hiermit bestätige ich, dass ich die oben ausgeführten wichtigen Hinweise zur Kenntnis genommen habe.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Unterschrift der antragstellenden Person<br><br><div style="border-top: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Unterschrift des/ der Bevollmächtigter/Bevollmächtigte bzw. gesetzlicher Vertreter / gesetzliche Vertreterin<br><br><div style="border-top: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>                                                                                                               |
| Ort, Datum<br><div style="border-top: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Ort, Datum<br><div style="border-top: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>                                                                                                                                                                                                                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <b>Nachweis(e):</b> Wird der Antrag von einem Betreuer / einer Betreuerin oder einem Bevollmächtigten / einer Bevollmächtigten unterschrieben, reichen Sie bitte eine Betreuungsurkunde oder Vollmacht, sofern diese noch nicht vorliegt, ein                                                                 |

# Anlage zum Wohngeldantrag für Haushalte mit mehr als 3 Personen

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                    |                                                                                         |                                                          |                                                                            |                                                                                      |                                                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <p>In der nachfolgenden Tabelle sind von Ihnen in Spalte 2 <u>a l l e</u> in der Wohnung wohnende Personen (auch Kinder) aufzuführen, mit denen Sie gemeinsam wohnen.</p> <p>Bitte beachten Sie, dass Sie die Möglichkeit haben, für haushaltsangehörige Kinder auch Bildungs- und Teilhabeleistungen zu beantragen. Weitere Informationen hierzu finden Sie unter <a href="http://www.mkffi.nrw/das-bildungs-und-teilhabe-paket">www.mkffi.nrw/das-bildungs-und-teilhabe-paket</a>.</p> <p>Die Einkünfte/Einnahmen in Spalte 3 sind nur für die Personen anzugeben, die keine der im Hinweisblatt genannten Transferleistungen erhalten oder beantragt haben. <u>Tragen Sie bitte alle Einkünfte</u> (auch aus geringfügiger Beschäftigung) einzeln mit ihrem Bruttobetrag <u>ein</u> (entsprechende Nachweise sind beizufügen).</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 <b>Lesen Sie bitte die Ausführungen im Merkblatt zum wohngeldrechtlichen Einkommen!</b></p> |                                                                                                    |                                                                                         |                                                          |                                                                            |                                                                                      |                                                   |
| <p>(bitte in Buchstabennummerierung für jede Person eintragen)</p> <p>a) Familienname <u>und</u> Geburtsname</p> <p>b) Vorname <u>und</u> Geschlecht (m/w)</p> <p>c) Geburtsdatum</p> <p>d) Geburtsort</p> <p>e) Familienstand (ledig, verheiratet, geschieden, getrennt lebend, verwitwet)</p> <p>f) Verwandtschafts- bzw. Partnerschaftsverhältnis zur antragstellenden Person</p> <p>g) zur Zeit ausgeübte Tätigkeit</p> <p>h) Staatsangehörigkeit</p> | <p><b>Art der Einkünfte</b></p> <p>Bitte alle Einkünfte einzeln auflühren.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <p><b>Höhe der monatlichen Einkünfte (brutto) und jährlichen Einmalzahlungen (brutto) in €</b></p> | <p><b>Werbungskosten</b></p> <p>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                                                 |
| 4. Person                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | a)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                    |                                                                                         |                                                          | ja nein                                                                    | ja nein                                                                              | ja nein                                           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | b) <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                    |                                                                                         |                                                          | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>                                    | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | c)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                    |                                                                                         |                                                          |                                                                            |                                                                                      |                                                   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | d)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                    |                                                                                         |                                                          |                                                                            |                                                                                      |                                                   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | e)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                    |                                                                                         |                                                          |                                                                            |                                                                                      |                                                   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | f)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                    |                                                                                         |                                                          |                                                                            |                                                                                      |                                                   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | g)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                    |                                                                                         |                                                          |                                                                            |                                                                                      |                                                   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | h)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                    |                                                                                         |                                                          |                                                                            |                                                                                      |                                                   |
| 5. Person                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | a)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                    |                                                                                         |                                                          | ja nein                                                                    | ja nein                                                                              | ja nein                                           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | b) <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                    |                                                                                         |                                                          | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>                                    | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | c)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                    |                                                                                         |                                                          |                                                                            |                                                                                      |                                                   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | d)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                    |                                                                                         |                                                          |                                                                            |                                                                                      |                                                   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | e)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                    |                                                                                         |                                                          |                                                                            |                                                                                      |                                                   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | f)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                    |                                                                                         |                                                          |                                                                            |                                                                                      |                                                   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | g)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                    |                                                                                         |                                                          |                                                                            |                                                                                      |                                                   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | h)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                    |                                                                                         |                                                          |                                                                            |                                                                                      |                                                   |
| 6. Person                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | a)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                    |                                                                                         |                                                          | ja nein                                                                    | ja nein                                                                              | ja nein                                           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | b) <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                    |                                                                                         |                                                          | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>                                    | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | c)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                    |                                                                                         |                                                          |                                                                            |                                                                                      |                                                   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | d)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                    |                                                                                         |                                                          |                                                                            |                                                                                      |                                                   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | e)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                    |                                                                                         |                                                          |                                                                            |                                                                                      |                                                   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | f)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                    |                                                                                         |                                                          |                                                                            |                                                                                      |                                                   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | g)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                    |                                                                                         |                                                          |                                                                            |                                                                                      |                                                   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | h)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                    |                                                                                         |                                                          |                                                                            |                                                                                      |                                                   |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                             |                                                                              |                                                   |                                                                     |                                                                               |                                                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <p>In der nachfolgenden Tabelle sind von Ihnen in Spalte 2 <u>a l l e</u> in der Wohnung wohnende Personen (auch Kinder) aufzuführen, mit denen Sie gemeinsam wohnen.</p> <p>Bitte beachten Sie, dass Sie die Möglichkeit haben, für haushaltsangehörige Kinder auch Bildungs- und Teilhabeleistungen zu beantragen. Weitere Informationen hierzu finden Sie unter <a href="http://www.mkffi.nrw/das-bildungs-und-teilhabepaket">www.mkffi.nrw/das-bildungs-und-teilhabepaket</a>.</p> <p>Die Einkünfte/Einnahmen in Spalte 3 sind nur für die Personen anzugeben, die keine der im Hinweisblatt genannten Transferleistungen erhalten oder beantragt haben. <u>Tragen Sie bitte alle Einkünfte</u> (auch aus geringfügiger Beschäftigung) einzeln mit ihrem Bruttobetrag <u>ein</u> (entsprechende Nachweise sind beizufügen).</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 <b>Lesen Sie bitte die Ausführungen im Merkblatt zum wohngeldrechtlichen Einkommen!</b></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) Geburtsort<br>e) Familienstand (ledig, verheiratet, geschieden, getrennt lebend, verwitwet)<br>f) Verwandtschafts- bzw. Partnerschaftsverhältnis zur antragstellenden Person<br>g) zur Zeit ausgeübte Tätigkeit<br>h) Staatsangehörigkeit | <b>Art der Einkünfte</b><br><br>Bitte alle Einkünfte einzeln auflühren.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <b>Höhe der monatlichen Einkünfte (brutto) und jährlichen Einmalzahlungen (brutto) in €</b> | <b>Werbungskosten</b><br>Wenn ja, bitte Art und Jahresbetrag in € eintragen. | Werden von den Einkünften <b>Steuern</b> gezahlt? | Werden Beiträge zur <b>Kranken- und Pflegeversicherung</b> gezahlt? | Werden Beiträge zur <b>Rentenversicherung /Lebensversicherung</b> entrichtet? |                                                              |
| 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 3                                                                                           | 4                                                                            | 5                                                 | 6                                                                   | 7                                                                             | 8                                                            |
| 7. 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)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                             |                                                                              |                                                   |                                                                     |                                                                               |                                                              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | h)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                             |                                                                              |                                                   |                                                                     |                                                                               |                                                              |
| 8. 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)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                             |                                                                              |                                                   |                                                                     |                                                                               |                                                              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | h)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                             |                                                                              |                                                   |                                                                     |                                                                               |                                                              |
| 9. 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)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                             |                                                                              |                                                   |                                                                     |                                                                               |                                                              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | h)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                             |                                                                              |                                                   |                                                                     |                                                                               |                                                              |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                    |                                                                                         |                                                          |                                                                            |                                                                                      |                                                              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <p>In der nachfolgenden Tabelle sind von Ihnen in Spalte 2 <u>a l l e</u> in der Wohnung wohnende Personen (auch Kinder) aufzuführen, mit denen Sie gemeinsam wohnen.</p> <p>Bitte beachten Sie, dass Sie die Möglichkeit haben, für haushaltsangehörige Kinder auch Bildungs- und Teilhabeleistungen zu beantragen. Weitere Informationen hierzu finden Sie unter <a href="http://www.mkffi.nrw/das-bildungs-und-teilhabepaket">www.mkffi.nrw/das-bildungs-und-teilhabepaket</a>.</p> <p>Die Einkünfte/Einnahmen in Spalte 3 sind nur für die Personen anzugeben, die keine der im Hinweisblatt genannten Transferleistungen erhalten oder beantragt haben. <u>Tragen Sie bitte alle Einkünfte</u> (auch aus geringfügiger Beschäftigung) einzeln mit ihrem Bruttobetrag <u>ein</u> (entsprechende Nachweise sind beizufügen).</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 <b>Lesen Sie bitte die Ausführungen im Merkblatt zum wohngeldrechtlichen Einkommen!</b></p> |                                                                                                    |                                                                                         |                                                          |                                                                            |                                                                                      |                                                              |
| <p>(bitte in Buchstabennummerierung für jede Person eintragen)</p> <p>a) Familienname <u>und</u> Geburtsname</p> <p>b) Vorname <u>und</u> Geschlecht (m/w)</p> <p>c) Geburtsdatum</p> <p>d) Geburtsort</p> <p>e) Familienstand (ledig, verheiratet, geschieden, getrennt lebend, verwitwet)</p> <p>f) Verwandtschafts- bzw. Partnerschaftsverhältnis zur antragstellenden Person</p> <p>g) zur Zeit ausgeübte Tätigkeit</p> <p>h) Staatsangehörigkeit</p> | <p><b>Art der Einkünfte</b></p> <p>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></p> <p>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                                                            |
| 10. 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)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                    |                                                                                         |                                                          |                                                                            |                                                                                      |                                                              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | h)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                    |                                                                                         |                                                          |                                                                            |                                                                                      |                                                              |
| 11. 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)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                    |                                                                                         |                                                          |                                                                            |                                                                                      |                                                              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | h)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                    |                                                                                         |                                                          |                                                                            |                                                                                      |                                                              |
| 12. 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)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                    |                                                                                         |                                                          |                                                                            |                                                                                      |                                                              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | h)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                    |                                                                                         |                                                          |                                                                            |                                                                                      |                                                              |

# Angaben des/der Vermieters/in zum Wohnraum

(Die Verpflichtung des/der Vermieters/in zur Auskunft ergibt sich aus § 23 Abs. 3 Wohngeldgesetz)

**Es wird um Auskunft gebeten über die Wohnraumnutzung von:**

|                    |               |
|--------------------|---------------|
| Herrn/Frau/Familie | Name, Vorname |
|--------------------|---------------|

**wohnhaft in**

|                                |           |
|--------------------------------|-----------|
| PLZ, Ort<br>Straße, Hausnummer | Anschrift |
|--------------------------------|-----------|

**1. Mit welchen Personen wurde der Mietvertrag für die Wohnung abgeschlossen?**

|                    |               |
|--------------------|---------------|
| Herrn/Frau/Familie | Name, Vorname |
|--------------------|---------------|

**2. Beginn des Mietverhältnisses:**

am (Datum)

**3. Welche Gesamtfläche hat die Wohnung?**

m<sup>2</sup>

**4. Die Miete/das Nutzungsentgelt beträgt einschließlich der Betriebskosten (siehe Rückseite), Zuschläge u. ä. monatlich:**

(Datum)

€

**und wird in dieser Höhe seit dem \_\_\_\_\_ entrichtet.**

**In der Miete sind folgende Betriebskosten, Zuschläge u. ä. enthalten:**

Heizkosten oder Kosten der eigenständigen gewerblichen Lieferung von Wärme ☐ nein ☐ ja, in Höhe von mtl. \_\_\_\_\_ €  
☐ bei Fernheizung hier zusätzlich ankreuzen

Kosten für die Erwärmung von Wasser oder Kosten der eigenständigen gewerblichen Lieferung von Warmwasser ☐ nein ☐ ja, in Höhe von mtl. \_\_\_\_\_ €  
☐ bei Fernwarmwasser hier zusätzlich ankreuzen

Vergütung für die Überlassung einer Garage ☐ nein ☐ ja, in Höhe von mtl. \_\_\_\_\_ €

Vergütung für die Überlassung eines Stellplatzes/Carports ☐ nein ☐ ja, in Höhe von mtl. \_\_\_\_\_ €

Kosten für Haushaltsenergie (ohne Allgemeinstrom) ☐ nein ☐ ja, in Höhe von mtl. \_\_\_\_\_ €

..... ☐ nein ☐ ja, in Höhe von mtl. \_\_\_\_\_ €

Werden von der Mieterin oder dem Mieter neben der Miete weitere Kosten/Gebühren (z.B. Müll-, Kabel-, Wasser/Abwassergebühren o.ä.) an Dritte (z.B. Stadtwerke) direkt gezahlt? Wenn ja, welche:

.....

**5. Wurde die Wohnung mit öffentlichen Mitteln gefördert und unterliegt sie deshalb der Mietpreisbindung?**

☐ nein  
☐ ja, im Jahr: \_\_\_\_\_

**6. Es bestehen Mietschulden in Höhe von: \_\_\_\_\_ € für den Zeitraum: \_\_\_\_\_**

*Mir ist bekannt, dass wissentlich falsche Angaben strafrechtlich verfolgt werden können (§ 263 StGB).*

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/Stempel: Vermieter/in bzw. Verwalter/in

## Auszug aus der Verordnung über die Aufstellung von Betriebskosten (Betriebskostenverordnung – BetrKV)

### § 2 Aufstellung der Betriebskosten

Betriebskosten im Sinne von § 1 sind:

1. die laufenden öffentlichen Lasten des Grundstücks, hierzu gehört namentlich die Grundsteuer;
2. die Kosten der Wasserversorgung, hierzu gehören die Kosten des Wasserverbrauchs, die Grundgebühren, die Kosten der Anmietung oder anderer Arten der Gebrauchsüberlassung von Wasserzählern sowie die Kosten ihrer Verwendung einschließlich der Kosten der Eichung sowie der Kosten der Berechnung und Aufteilung, die Kosten der Wartung von Wassermengenreglern, die Kosten des Betriebs einer hauseigenen Wasserversorgungsanlage und einer Wasseraufbereitungsanlage einschließlich der Aufbereitungsstoffe;
3. die Kosten der Entwässerung, hierzu gehören die Gebühren für die Haus- und Grundstücksentwässerung, die Kosten des Betriebs einer entsprechenden nicht öffentlichen Anlage und die Kosten des Betriebs einer Entwässerungspumpe;
4. die Kosten
  - a) des Betriebs der zentralen Heizungsanlage einschließlich der Abgasanlage, hierzu gehören die Kosten der verbrauchten Brennstoffe und ihrer Lieferung, die Kosten des Betriebsstroms, die Kosten der Bedienung, Überwachung und Pflege der Anlage, der regelmäßigen Prüfung ihrer Betriebsbereitschaft und Betriebssicherheit einschließlich der Einstellung durch eine Fachkraft, der Reinigung der Anlage und des Betriebsraums, die Kosten der Messungen nach dem Bundes-Immissionsschutzgesetz, die Kosten der Anmietung oder anderer Arten der Gebrauchsüberlassung einer Ausstattung zur Verbrauchserfassung sowie die Kosten der Verwendung einer Ausstattung zur Verbrauchserfassung einschließlich der Kosten der Eichung sowie der Kosten der Berechnung und Aufteilung **oder**
  - b) des Betriebs der zentralen Brennstoffversorgungsanlage, hierzu gehören die Kosten der verbrauchten Brennstoffe und ihrer Lieferung, die Kosten des Betriebsstroms und die Kosten der Überwachung sowie die Kosten der Reinigung der Anlage und des Betriebsraums **oder**
  - c) der eigenständig gewerblichen Lieferung von Wärme, auch aus Anlagen im Sinne des Buchstabens a, hierzu gehören das Entgelt für die Wärmelieferung und die Kosten des Betriebs der zugehörigen Hausanlagen entsprechend Buchstabe a **oder**
  - d) der Reinigung und Wartung von Etagenheizungen und Gaseinzelfeuerstätten, hierzu gehören die Kosten der Beseitigung von Wasserablagerungen und Verbrennungsrückständen in der Anlage, die Kosten der regelmäßigen Prüfung der Betriebsbereitschaft und Betriebssicherheit und der damit zusammenhängenden Einstellung durch eine Fachkraft sowie die Kosten der Messungen nach dem Bundes-Immissionsschutzgesetz;
5. die Kosten
  - a) des Betriebs der zentralen Warmwasserversorgungsanlage, hierzu gehören die Kosten der Wasserversorgung entsprechend Nummer 2, soweit sie nicht dort bereits berücksichtigt sind, und die Kosten der Wassererwärmung entsprechend Nummer 4 Buchstabe a **oder**
  - b) der eigenständig gewerblichen Lieferung von Warmwasser, auch aus Anlagen im Sinne des Buchstabens a, hierzu gehören das Entgelt für die Lieferung des Warmwassers und die Kosten des Betriebs der zugehörigen Hausanlagen entsprechend Nummer 4 Buchstabe a **oder**
  - c) der Reinigung und Wartung von Warmwassergeräten, hierzu gehören die Kosten der Beseitigung von Wasserablagerungen und Verbrennungsrückständen im Innern der Geräte sowie die Kosten der regelmäßigen Prüfung der Betriebsbereitschaft und Betriebssicherheit und der damit zusammenhängenden Einstellung durch eine Fachkraft;
6. die Kosten verbundener Heizungs- und Warmwasserversorgungsanlagen
  - a) bei zentralen Heizungsanlagen entsprechend Nummer 4 Buchstabe a und entsprechend Nummer 2, soweit sie nicht dort bereits berücksichtigt sind, **oder**
  - b) bei der eigenständig gewerblichen Lieferung von Wärme entsprechend Nummer 4 Buchstabe c und entsprechend Nummer 2, soweit sie nicht dort bereits berücksichtigt sind, **oder**
  - c) bei verbundenen Etagenheizungen und Warmwasserversorgungsanlagen entsprechend Nummer 4 Buchstabe d und entsprechend Nummer 2, soweit sie nicht dort bereits berücksichtigt sind;
7. die Kosten des Betriebs des Personen- oder Lastenaufzugs, hierzu gehören die Kosten des Betriebsstroms, die Kosten der Beaufsichtigung, der Bedienung, Überwachung und Pflege der Anlage, der regelmäßigen Prüfung ihrer Betriebsbereitschaft und Betriebssicherheit einschließlich der Einstellung durch eine Fachkraft sowie die Kosten der Reinigung der Anlage;
8. die Kosten der Straßenreinigung und Müllbeseitigung, zu den Kosten der Straßenreinigung gehören die für die öffentliche Straßenreinigung zu entrichtenden Gebühren und die Kosten entsprechender nicht öffentlicher Maßnahmen; zu den Kosten der Müllbeseitigung gehören namentlich die für die Müllabfuhr zu entrichtenden Gebühren, die Kosten entsprechender nicht öffentlicher Maßnahmen, die Kosten des Betriebs von Müllkompressoren, Müllschluckern, Müllabsauganlagen sowie des Betriebs von Müllmengenerfassungsanlagen einschließlich der Kosten der Berechnung und Aufteilung;
9. die Kosten der Gebäudereinigung und Ungezieferbekämpfung, zu den Kosten der Gebäudereinigung gehören die Kosten für die Säuberung der von den Bewohnern gemeinsam genutzten Gebäudeteile, wie Zugänge, Flure, Treppen, Keller, Bodenräume, Waschküchen, Fahrkorb des Aufzugs;
10. die Kosten der Gartenpflege, hierzu gehören die Kosten der Pflege gärtnerisch angelegter Flächen einschließlich der Erneuerung von Pflanzen und Gehölzen, der Pflege von Spielplätzen einschließlich der Erneuerung von Sand und der Pflege von Plätzen, Zugängen und Zufahrten, die dem nicht öffentlichen Verkehr dienen;
11. die Kosten der Beleuchtung, hierzu gehören die Kosten des Stroms für die Außenbeleuchtung und die Beleuchtung der von den Bewohnern gemeinsam genutzten Gebäudeteile, wie Zugänge, Flure, Treppen, Keller, Bodenräume, Waschküchen;
12. die Kosten der Schornsteinreinigung, hierzu gehören die Kehrgebühren nach der maßgebenden Gebührenordnung, soweit sie nicht bereits als Kosten nach Nummer 4 Buchstabe a berücksichtigt sind;
13. die Kosten der Sach- und Haftpflichtversicherung, hierzu gehören namentlich die Kosten der Versicherung des Gebäudes gegen Feuer-, Sturm-, Wasser- sowie sonstige Elementarschäden, der Glasversicherung, der Haftpflichtversicherung für das Gebäude, den Öltank und den Aufzug;
14. die Kosten für den Hauswart, hierzu gehören die Vergütung, die Sozialbeiträge und alle geldwerten Leistungen, die der Eigentümer oder Erbbauberechtigte dem Hauswart für seine Arbeit gewährt, soweit diese nicht die Instandhaltung, Instandsetzung, Erneuerung, Schönheitsreparaturen oder die Hausverwaltung betrifft; soweit Arbeiten vom Hauswart ausgeführt werden, dürfen Kosten für Arbeitsleistungen nach den Nummern 2 bis 10 und 16 nicht angesetzt werden;
15. die Kosten
  - a) des Betriebs der Gemeinschafts-Antennenanlage, hierzu gehören die Kosten des Betriebsstroms und die Kosten der regelmäßigen Prüfung ihrer Betriebsbereitschaft einschließlich der Einstellung durch eine Fachkraft oder das Nutzungsentgelt für eine nicht zu dem Gebäude gehörende Antennenanlage sowie die Gebühren, die nach dem Urheberrechtsgesetz für die Kabelweiterleitung entstehen, **oder**
  - b) des Betriebs der mit einem Breitbandnetz verbundenen privaten Verteilanlage; hierzu gehören die Kosten entsprechend Buchstabe a, ferner die laufenden monatlichen Grundgebühren für Breitbandanschlüsse;
16. die Kosten des Betriebs der Einrichtungen für die Wäschepflege,  
hierzu gehören die Kosten des Betriebsstroms, die Kosten der Überwachung, Pflege und Reinigung der Einrichtungen, der regelmäßigen Prüfung ihrer Betriebsbereitschaft und Betriebssicherheit sowie die Kosten der Wasserversorgung entsprechend Nummer 2, soweit sie nicht dort bereits berücksichtigt sind;
17. sonstige Betriebskosten,  
hierzu gehören Betriebskosten im Sinne des § 1, die von den Nummern 1 bis 16 nicht erfasst sind.

# Verdienstbescheinigung

|                                       |                       |                                              |
|---------------------------------------|-----------------------|----------------------------------------------|
| <b>Verdienstbescheinigung</b>         |                       | Zutreffendes bitte ankreuzen oder ausfüllen. |
| Herr/Frau                             | geboren am            |                                              |
| wohnhaft in                           | Steuerklasse          |                                              |
| ist bei mir/uns beschäftigt von - bis | als (Beruf/Tätigkeit) |                                              |

- 1 Sie/Er hat derzeit ein monatliches Bruttoeinkommen (Lohn, Gehalt, Werksrente, gegebenenfalls auch Ausbildungsvergütung) einschließlich Überstundenzuschläge, Lohnausgleich, Trennungsentschädigungen, Fahrkostenzuschüsse, sonstiger Zulagen und ähnlicher Bezüge oder Sachbezüge wie zum Beispiel Essen, Wohnung, Dienstkleidung und ähnliches von

Euro

- 2 Sie /Er hatte in der Zeit vom [ ] bis [ ] (das heißt in den letzten 12 Monaten einschließlich des laufenden Monats) folgendes Bruttoeinkommen:

| Monat/Jahr       | Gesamtbetrag<br>=<br>Bruttoeinkommen einschließlich der steuerfreien Bezüge | In dem Gesamtbetrag (Spalte 2) sind enthalten |                                                         |                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|------------------|-----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|---------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                  |                                                                             | Weihnachtsgeld,<br>Jahresprämien              | Zusätzliches Urlaubsgeld,<br>zusätzliche Monatsgehälter | Sonstige Zulagen<br><br><input type="checkbox"/> Sachbezüge<br><input type="checkbox"/> pauschal besteuerte Sachzuwendungen<br><br><input type="checkbox"/> _____ | Steuerfreie Zuschüsse und Entschädigungen<br><br><input type="checkbox"/> steuerfreie Fahrtkostenzuschüsse<br><input type="checkbox"/> steuerfreie Verpflegungszuschüsse<br><input type="checkbox"/> Auslösungen und Trennungsentschädigungen<br><br><input type="checkbox"/> _____ | Sonstige steuerfreie Zulagen/ Bezüge<br><br><input type="checkbox"/> Kurzarbeitergeld<br><input type="checkbox"/> Zuschläge für Sonntags-, Feiertags- und Nachtarbeit<br><input type="checkbox"/> Entgeltumwandlung zur Altersvorsorge<br><input type="checkbox"/> steuerfreie Zuwendungen an eine Pensionskasse (umlagefinanzierte betriebliche Altersvorsorge, § 3 Nr. 56 EStG)<br><input type="checkbox"/> _____ |
|                  | EUR                                                                         | EUR                                           | EUR                                                     | EUR                                                                                                                                                               | EUR                                                                                                                                                                                                                                                                                 | EUR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 1                | 2                                                                           | 3                                             | 4                                                       | 5                                                                                                                                                                 | 6                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 7                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                  |                                                                             |                                               |                                                         |                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|                  |                                                                             |                                               |                                                         |                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|                  |                                                                             |                                               |                                                         |                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|                  |                                                                             |                                               |                                                         |                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|                  |                                                                             |                                               |                                                         |                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|                  |                                                                             |                                               |                                                         |                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|                  |                                                                             |                                               |                                                         |                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|                  |                                                                             |                                               |                                                         |                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|                  |                                                                             |                                               |                                                         |                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|                  |                                                                             |                                               |                                                         |                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|                  |                                                                             |                                               |                                                         |                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|                  |                                                                             |                                               |                                                         |                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Insgesamt</b> |                                                                             |                                               |                                                         |                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |

- 3 Falls in dem angegebenen Zeitraum Leistungen nach den Spalten 3 bis 5 nicht gezahlt wurden, geben Sie bitte nachstehend die voraussichtlichen Jahresbeträge in den nächsten 12 Monaten an.

|  |                                                                                |     |
|--|--------------------------------------------------------------------------------|-----|
|  | Weihnachtsgeld (auch in der Elternzeit zu zahlendes), Jahresprämien            | EUR |
|  | Zusätzliches Urlaubsgeld (auch in der Elternzeit zu zahlendes), Monatsgehälter | EUR |
|  | Sonstige Zulagen, Sachbezüge                                                   | EUR |

|                                                                                                                                                           |  |                                                              |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------|-----|
|                                                                                                                                                           |  |                                                              |     |
|                                                                                                                                                           |  |                                                              |     |
| <b>4 Die Arbeitnehmerin hat in der Zeit vom      bis      einen Arbeitgeberzuschuss zum Mutterschaftsgeld erhalten</b>                                    |  |                                                              |     |
| <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja                                                                                                 |  | In welcher Höhe<br><div style="text-align: right;">EUR</div> |     |
| <b>5 Wird sich das Einkommen der Arbeitnehmerin/des Arbeitnehmers in den nächsten 12 Monaten verringern oder erhöhen?</b>                                 |  |                                                              |     |
| <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja                                                                                                 |  | Ab wann und in welcher Höhe monatlich? (Datum, EUR)          |     |
|                                                                                                                                                           |  | Grund der Veränderung                                        |     |
| <b>6 Das Ausbildungsverhältnis des Auszubildenden hat begonnen am      und endet am     </b>                                                              |  |                                                              |     |
| Die Vergütung des Auszubildenden beträgt im                                                                                                               |  |                                                              |     |
| 1. Ausbildungsjahr                                                                                                                                        |  | 3. Ausbildungsjahr                                           |     |
| EUR                                                                                                                                                       |  | EUR                                                          |     |
| 2. Ausbildungsjahr                                                                                                                                        |  | 4. Ausbildungsjahr                                           |     |
| EUR                                                                                                                                                       |  | EUR                                                          |     |
| Zu erwartendes Weihnachtsgeld                                                                                                                             |  |                                                              | EUR |
| Zu erwartendes Urlaubsgeld                                                                                                                                |  |                                                              | EUR |
| <b>7 Die Arbeitnehmerin/der Arbeitnehmer ist krankenversichert bei</b>                                                                                    |  |                                                              |     |
| Krankenkasse                                                                                                                                              |  |                                                              |     |
| <b>8 Sie/Er war nach dem Zeitraum der Lohnfortzahlung noch arbeitsunfähig krank</b>                                                                       |  |                                                              |     |
| in der Zeit vom – bis                                                                                                                                     |  | Tage                                                         |     |
|                                                                                                                                                           |  |                                                              |     |
|                                                                                                                                                           |  |                                                              |     |
|                                                                                                                                                           |  |                                                              |     |
| Ist der dafür gezahlte Lohnausgleich (Arbeitgeberzuschuss zum Krankengeld) im Bruttoeinkommen enthalten?                                                  |  |                                                              |     |
| <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja                                                                                                 |  | In welcher Höhe<br><div style="text-align: right;">EUR</div> |     |
| <b>9 Steuer- und Versicherungsleistungen</b>                                                                                                              |  |                                                              |     |
| Bei dem in Zeile 2 aufgeführten Einkommen                                                                                                                 |  |                                                              |     |
| - handelt es sich um einen vom Arbeitgeber pauschal besteuerten Arbeitslohn                                                                               |  | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja    |     |
| <b>- wurde/wurden vom Bruttoentgelt einbehalten und abgeführt</b>                                                                                         |  |                                                              |     |
| a) die Lohnsteuer                                                                                                                                         |  | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja    |     |
| b) die Pflichtbeiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung oder Beiträge zu damit vergleichbaren Versicherungseinrichtungen                               |  | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja    |     |
| c) die Pflichtbeiträge zur gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung oder Beiträge zu damit vergleichbaren Versicherungseinrichtungen                  |  | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja    |     |
| <b>10 Zeiträume ohne Lohn/Gehaltsbezug</b> (zum Beispiel wegen unbezahlten Urlaubs et cetera) :                                                           |  |                                                              |     |
|                                                                                                                                                           |  |                                                              |     |
| Ich versichere, dass die vorgenannten Angaben vollständig und wahr sind. Ich bin mir bewusst, dass falsche Angaben strafrechtlich verfolgt werden können. |  |                                                              |     |
| Ort, Datum                                                                                                                                                |  | <b>Stempel und Unterschrift des/r Arbeitgebers/in</b>        |     |
|                                                                                                                                                           |  |                                                              |     |
| Telefon/ Fax/ E-Mail-Adresse                                                                                                                              |  |                                                              |     |

# Notwendige Unterlagen zur Beantragung von Wohngeld

## Grundsätzliches:

- Nachweise über sämtliches Einkommen aller im Haushalt lebenden Personen (bspw. über die Vorlage von Kontoauszügen)

## Persönliches:

- Betreuungsurkunde (sofern vorhanden)
- Aufenthaltstitel inkl. Beiblatt / Nachweise über aufenthaltsrechtlichen Status

## Miete:

- Mietbescheinigung (vom Vermieter auszufüllen)
- bei Weiterleistungen ggf. Mieterhöhungsschreiben

## Eigentum:

- Anlage zum Antrag auf Lastenzuschuss
- Alle Darlehens- und Bausparverträge
- Wohnflächenberechnung
- Bescheid über die Grundsteuer B
- Aktuelle Jahreskontoauszüge über die Rückzahlung von Darlehens- und Bausparverträgen

## Heimbewohner:

- Heimvertrag
- Berechnungsbogen des Sozialhilfeträgers (z. B. Kreis Recklinghausen) mit der Anspruchsberechnung für Hilfe zum Lebensunterhalt (HzL) oder Grundsicherung im Alter

## Arbeitnehmer:

- Verdienstbescheinigung (auch bei Mini-Jobs)
- Aktuelle Lohnabrechnungen der letzten 12 Monate, sofern Sie weniger Nachweise vorlegen, wird ein Mittelwert auf Grundlage der vorgelegten Abrechnungen gebildet.
- Letzter Einkommenssteuerbescheid (bei Werbungskosten über 1.230,- €/Jahr)

## Selbstständige:

- Aktueller Steuerbescheid
- Gewinn- und Verlustrechnung
- Nachweis über Zahlung von Renten- und Krankenversicherungsbeiträgen

## Auszubildende/ Studenten:

- Bescheid über Berufsausbildungsbeihilfe (BAB) oder BAföG
- Lohnabrechnungen der letzten 12 Monate
- Ausbildungsvertrag
- Studienbescheinigung

## Rentner:

- Aktueller Rentenbescheid
- Nachweise zu Betriebsrente, Pensionskasse und anderer rentenähnlicher Einkünfte
- Nachweis der Rentenversicherung über die erreichten Grundrentenzeiten
- Nachweis über den Rentenzuschlag
- Sofern Einkommenssteuern gezahlt werden, letzter Steuerbescheid

## Schwerbehinderung:

- Schwerbehindertenausweis
- Nachweis über einen Pflegegrad

## Eltern:

- Nachweis über die Höhe des Mutterschaftsgeldes
- Bescheid über Elterngeldleistungen
- Kontoauszug über erhaltene Unterhalts-/ Unterhaltsvorschusszahlungen
- Schulbescheinigung für Jugendliche ab 16 Jahren
- Unterhaltstitel oder Gerichtsbeschluss über Unterhaltsverpflichtungen
- Nachweis über geleistete Unterhaltszahlungen (z.B. Kontoauszug)

## Nachweise weiterer Leistungsträger:

- Bescheid über Arbeitslosengeld I
- Bescheid über Bürgergeld
- Bescheid über den Bezug von Krankengeld
- Bescheid über Leistungen der Grundsicherung (SGB XII)

## Sonstige Nachweise:

- Anlage Zusatzeinkünfte

## Vorsprache nur nach vorheriger Terminvereinbarung

Kontaktmöglichkeiten

**E-Mail:** Wohngeldstelle@dorsten.de

**Postanschrift:** Wohngeldstelle Dorsten, Bismarckstr. 1a, 46284 Dorsten

**Telefon:** **A-He** Frau Naschenweng – 02362 66 5265

**Hi-N** Frau Koppisch – 02362 66 5266

**O-R & T-Z** Frau Frost – 02362 66 5262

**S** Frau Cipa – 02362 66 5263

