

Wohngeldantrag nach dem Wohngeldgesetz (WoGG) für Bewohner/Bewohnerinnen von Heimen

Wohngeldnummer

Anschrift der Wohngeldbehörde

(Falls Ihnen die Wohngeldnummer bekannt ist, bitte einsetzen)

- Erstantrag**
- Weiterleistungsantrag wegen Ablauf
des Bewilligungszeitraumes**
- Erhöhungsantrag**

1. Heimbewohner/in

Name, Vorname, ggf. Geburtsname geboren am

- 2. Heimbewohner/in ist** **Rentner/in** **Pensionär/in** **sonst. Nichterwerbstätige/r**
 sonst. Person **sonst. Erwerbstätige/r**

3. Zum Haushalt rechnende Familienmitglieder (einschl. Antragsteller/in)

Lfd. Nr.	Familienname, Vorname	geb. am	Familienstand	Verwandtschaftsverhältnis zum Antragsteller/zur Antragstellerin
1	Heimbewohner/in			_____

4. Anschrift des Heimes

5. Beginn der dauerhaften Heimunterbringung

Der Antrag wird gestellt vom:

- als Betreuer(in)** **Bevollmächtigte(r)** **selbst antragsberechtigte(r) Kostenträger(in)**

6. Bezugsfertigkeit

Wann ist das Heim errichtet und bezugsfertig geworden? Jahr der Bezugsfertigkeit

7. Wurde das Heim mit öffentlichen Mitteln gefördert?

- ja** **nein**

8. Zimmerbelegung

- Einbettzimmer** **Mehrbettzimmer**

9. Ausstattung des Heimes mit

- Sammelheizung** **Bad oder Duschaum**

10. Wohnfläche

anteilige Fläche des bewohnten Zimmers

 m²

anteilige Gemeinschaftsfläche (wenn ermittelbar)

 m²

Wohnfläche

 m²

11. Gesamtzahl der Heimbewohner/innen (ohne Bedienstete)

(Anzahl)

12. Wieviele Bade- bzw. Duschräume sind im Heim vorhanden?

(Anzahl)

13. Gesamteinkünfte des Heimbewohners/der Heimbewohnerin (und ggf. der Familienmitglieder aus Pkt. 3)

(z.B. Renten, Zinsen, Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, Sozialhilfe)

Art der Bruttoeinnahmen	Betrag in Euro	Raum für Vermerke der Wohngeldstelle



14. Werden sich die Einnahmen der Familienmitglieder in den nächsten 12 Monaten verringern oder um mehr als 15 % erhöhen? nein ja

15. Werden von Ihnen oder von Haushaltsmitgliedern Unterhaltszahlungen geleistet, zu denen Sie/sie gesetzlich verpflichtet sind? nein ja

16. Folgende Haushaltsmitglieder sind

	Name, Vorname	Name, Vorname
a) Schwerbehinderte mit einem Grad der Behinderung von 100	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Schwerbehinderte mit einem Grad der Behinderung von wenigstens 80, die häuslich pflegebedürftig i. S. des § 14 des Elften Buches Sozialgesetzbuch sind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Schwerbehinderte mit einem Grad der Behinderung von unter 80, die häuslich pflegebedürftig i. S. des § 14 des Elften Buches Sozialgesetzbuch sind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Opfer der nationalsozialistischen Verfolgung i. S. des Bundesentschädigungsgesetzes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. Heimkosten

- vom Antragsteller/ vom örtlichen Leistungsträger (Sozialamt) zum Teil ganz
von der Antragstellerin selbst vom überörtlichen Leistungsträger zum Teil ganz

Leistungsträger: _____

18. Erhalten Sie Pflegegeld? ja nein In welcher Pflegestufe? I II III

Pflegekostensatz Mietanteil im Kostensatz: _____ Euro/Monat
(ohne erhöhte Pflegestufe)

19. Erhält ein Haushaltsmitglied bereits Wohngeld oder eine vergleichbare Leistung oder wurde ein entsprechender Antrag gestellt? nein ja

Von wem wird die Leistung erbracht bzw. bei wem wurde der Antrag gestellt?

Name, Anschrift

20. Zahlung des Wohngeldes auf das Konto

- des Leistungsträgers des Heimbewohners/der Heimbewohnerin eines empfangsberechtigten Dritten

Name und Anschrift
des Zahlungsempfängers _____

Konto bei der _____

Bank, Sparkasse oder Postbank

Bankleitzahl _____

Konto-Nr. _____

Aktenzeichen/personengebundene Kontonummer
des Heimbewohners/der Heimbewohnerin _____

21. Zusatz für Sozialhilfeempfänger

Die Antragstellerin/Der Antragsteller bevollmächtigt das zuständige Sozialamt für die Zukunft

- a) in ihrem/seinem Namen Anträge auf Mietzuschuss zu stellen und bittet,
b) den ihr/Ihm bewilligten Mietzuschuss diesem Sozialamt zu überweisen.

22. Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben richtig und vollständig sind. Mir ist bekannt,

- a) dass ich gesetzlich verpflichtet bin, unverzüglich anzuzeigen, wenn der Wohnraum, für den Mietzuschuss gezahlt wird, vor Ablauf des Bewilligungszeitraumes nicht mehr von der Antragstellerin/dem Antragsteller benutzt wird,
b) dass zu Unrecht empfangener Mietzuschuss zurückgezahlt werden muss, wenn die Antragstellerin/der Antragsteller die ungerechtfertigte Leistung zu vertreten hat.

Ort, Datum _____

Unterschrift _____

23. Bestätigung der Gemeinde

Wir haben die Angaben der Antragstellerin/des Antragstellers geprüft und bestätigen die Richtigkeit.

Ort, Datum _____

Unterschrift _____

24. Zusatz des Sozialhilfeträgers

Nach § 104 SGB X wird um Kostenerstattung in Höhe des Wohngeldes ab _____ gebeten.

Den Mietzuschuss bitten wir zu zahlen an _____

Konto bei der _____

Bank, Sparkasse oder Postbank

Bankleitzahl _____

Konto-Nr. _____

unter Angabe folgenden Aktenzeichens
und Haushaltstelle _____

Ort, Datum _____

Stempel und Unterschrift des Sozialhilfeträgers _____

Mietbescheinigung für Heimbewohner/innen

(Die Verpflichtung zur Auskunft ergibt sich aus § 23 Abs. 3 des Wohngeldgesetzes)

Schreiben Sie bitte in Druckschrift und kreuzen Sie Zutreffendes so an

Wohngeldnummer

(Falls Ihnen die Wohngeldnummer bekannt ist, bitte einsetzen)

Angaben zum Heim

(Bezeichnung - Name -, Anschrift, Telefon)

Vermerke der Wohngeldstelle

Heimbewohner/in

Frau/Herr (Name, Vorname, ggf. Geburtsname, Geburtsdatum)

bewohnt im oben bezeichneten Heim Wohnraum als Nutzungsberechtigte/r.

1. Das Heim ist erstmalig bezugsfertig geworden im Jahr _____
2. Das Heim wurde von der/dem derzeitigen Nutzungsberechtigten dauerhaft bezogen am _____
3. Ist das Heim mit öffentlichen Mitteln gefördert? ja nein
 Bewilligungsbescheid vom _____
 Az.: _____
 Bewilligungsstelle: _____
4. Der von der oben genannten Person (Heimbewohner/in) bewohnte Raum ist bestimmungsgemäß belegt mit einer/einem Bewohner/in
 mehreren Bewohnern/innen
 Anzahl der Bewohner/innen _____
 und hat eine Wohnfläche von _____ m²
 Anteilige Gemeinschaftsfläche _____ m²
5. Der Wohnraum ist ausgestattet mit ja nein
 Sammelheizung ja nein
 Bad oder Duschaum ja nein
6. Gesamtzahl der Heimbewohner/innen (ohne Bedienstete) _____
7. Wieviele Bad- bzw. Duschräume sind im Heim vorhanden? _____
8. **Gesamtentgelt**, das von der/dem oben genannten Heimbewohner/in zu entrichten ist monatlich _____ Euro
 Gezahlt seit dem _____
 In dem Gesamtentgelt sind enthalten:
 die folgenden Zulagen in der angegebenen **monatlichen** Höhe.
 die folgenden Zulagen, deren Höhe im Einzelnen nicht feststellbar ist.
 a) Zulagen für erhöhte Pflege ja _____ Euro nein
 b) Schonkost- und Diätzulage ja _____ Euro nein
 c) Andere Zulagen, die nicht auf die Gebrauchsüberlassung des Wohnraums entfallen:
 _____ Euro
 _____ Euro
 _____ Euro
9. Taschengeld wird gewährt in Höhe von monatlich _____ Euro
10. Das Entgelt wird gezahlt
 von der Heimbewohnerin/dem Heimbewohner (Selbstzahler/in) in Höhe von monatlich _____ Euro
 von _____ (z. B. Sozialamt) in Höhe von monatlich _____ Euro
 von _____ in Höhe von monatlich _____ Euro
 Folgende Einkünfte der Heimbewohnerin/des Heimbewohners werden hier verrechnet: (Art, Höhe, Zeitraum)

Nicht von der Vermieterin/vom Vermieter auszufüllen!
 Die zu berücksichtigende Miete beträgt _____

Euro

Es wird versichert, dass die vorstehenden Angaben richtig und vollständig sind.

(PLZ, Ort, Datum)

(Stempel und Unterschrift der Heimleitung)



