

# Antrag auf Einkommensermittlung

nach den §§ 25 bis 25 d des Zweiten Wohnungsbaugesetzes

|  |
|--|
| Name, Vorname der Antragstellerin / des Antragstellers |
| Anschrift (Straße, Hausnr., PLZ und Ort)               |

Ich beantrage die Einkommensermittlung für die Ausstellung einer Wohnberechtigungsbescheinigung nach § 17 Hessisches Gesetz über die Förderung von Sozialem Wohnraum in Hessen bzw. entsprechende Registrierung als Wohnungssuchende/r nach § 18 Hessisches Gesetz über die Förderung von Sozialem Wohnraum in Hessen.

Zu meinem Haushalt gehören am Stichtag folgende Personen bzw. sollen dem zu bildenden Haushalt angehören:

(bitte beachten Sie beim Ausfüllen untenstehende Hinweise)

| Name, Vorname    | Geburtsdatum | Beziehung zur/zum Antragsteller/in | Eigenes Einkommen (bitte angeben welche Art) |
|------------------|--------------|------------------------------------|--|
| 1                | 2            | 3                                  | 4  |
| Antragsteller/in |              | ---                                |  |
|                  |              |                                    |  |
|                  |              |                                    |  |
|                  |              |                                    |  |
|                  |              |                                    |  |
|                  |              |                                    |  |
|                  |              |                                    |  |
|                  |              |                                    |  |
|                  |              |                                    |  |

Für weitere Personen bitte gesondertes Blatt verwenden.

Der Stichtag ist im Allgemeinen der Tag der Antragstellung.

zu Spalte 1: Personen, die innerhalb von 6 Monaten in den Haushalt aufgenommen werden, sind ebenfalls anzugeben

zu Spalte 3: Verwandtschaftsgrad

zu Spalte 4: Zum eigenen Einkommen gehören z.B. Lohn, Rente, Unterhalt, Einnahmen aus Vermietung/Verpachtung, Grundsicherung, Kindergeld etc.

b.w.

Für folgende schwerbehinderte Haushaltsangehörige sollen Freibeträge berücksichtigt werden (bitte beachten Sie untenstehenden Hinweis):

| Name, Vorname<br>des Haushaltsangehörigen | Grad der Behinderung<br>(bitte ankreuzen) |                |                   | Die Person ist<br>häuslich pflege-<br>bedürftig im<br>Sinne des SGB<br>(bitte ankreuzen) |
|---|---|----------------|-------------------|--|
|   | 100                                       | 80 und<br>mehr | weniger<br>als 80 |  |
|   |   |                |                   |  |
|   |   |                |                   |  |
|   |   |                |                   |  |
|   |   |                |                   |  |
|   |   |                |                   |  |
|   |   |                |                   |  |
|   |   |                |                   |  |
|   |   |                |                   |  |
|   |   |                |                   |  |

Hinweis: Bei einem Behinderungsgrad von 100 ist für die Berücksichtigung eines Freibetrages die häusliche Pflegebedürftigkeit nach dem SGB ohne Belang. In diesem Fall muss daher dem Antrag kein Nachweis über die Pflegebedürftigkeit beigelegt werden.

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben richtig und vollständig sind. Mir ist bekannt, dass falsche Angaben zu einer strafrechtlichen Verfolgung führen können. Die Angaben habe ich durch beiliegende Belege, Nachweise oder sonstige Mittel zur Glaubhaftmachung schlüssig belegt.

|            |              |
|------------|--------------|
| Ort, Datum | Unterschrift |
|------------|--------------|