

# Erhebungsblatt

## zur Feststellung des Wohnsitzes im Sinne des Bgld. Wahlrechtes

Dieser Fragebogen dient ausschließlich zur Feststellung des Wohnsitzes im Sinne der Landtagswahlordnung 1995 und der Gemeindewahlordnung 1992

**Familienname und Vorname:** .....

**Geburtsdatum:** .....

**Familienstand:**  ledig  verheiratet  in Partnerschaft lebend  verwitwet  geschieden

**Sie sind:**  berufstätig  Hausfrau/mann  in Lehrausbildung  sonstiges  
 arbeitslos  in Pension  Schüler/Student/in  Präsenz-, Zivildienstler

Die folgenden Fragen bitte für beide Gemeinden beantworten

| Wohnsitz A  | Wohnsitz B   |                          |                                       |                                       |                          |                  |   |                          |                          |                          |                          |                          |                |                          |                          |                          |                          |                          |                |                          |                          |                          |                          |                          |                    |                          |                          |                          |                          |                          |                |                          |                          |                          |                          |                          |                |                          |                          |                          |                          |                          |   |  |                |                |                                       |                |                  |   |                          |                          |                          |                          |                          |                |                          |                          |                          |                          |                          |                |                          |                          |                          |                          |                          |                    |                          |                          |                          |                          |                          |                |                          |                          |                          |                          |                          |                |                          |                          |                          |                          |                          |
|---|--|--------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------|------------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|--|----------------|----------------|---------------------------------------|----------------|------------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <p><b>1. Anschrift</b></p> <p>.....</p> <p>.....</p>  | <p><b>1. Anschrift</b></p> <p>.....</p> <p>.....</p>   |                          |                                       |                                       |                          |                  |   |                          |                          |                          |                          |                          |                |                          |                          |                          |                          |                          |                |                          |                          |                          |                          |                          |                    |                          |                          |                          |                          |                          |                |                          |                          |                          |                          |                          |                |                          |                          |                          |                          |                          |   |  |                |                |                                       |                |                  |   |                          |                          |                          |                          |                          |                |                          |                          |                          |                          |                          |                |                          |                          |                          |                          |                          |                    |                          |                          |                          |                          |                          |                |                          |                          |                          |                          |                          |                |                          |                          |                          |                          |                          |
| <p><b>2. Welche Unterkunft bewohnen Sie hier:</b><br/>(unabhängig ob als Eigentümer, Mieter oder Mitbewohner)</p> <p><input type="checkbox"/> Mietwohnung Eigenheim <input type="checkbox"/> Wohnheim (Studenten, Krankenschwestern)</p> <p><input type="checkbox"/> Untermiete <input type="checkbox"/> Ferienwohnung Wochenendhaus</p>  | <p><b>2. Welche Unterkunft bewohnen Sie hier:</b><br/>(unabhängig ob als Eigentümer, Mieter oder Mitbewohner)</p> <p><input type="checkbox"/> Mietwohnung Eigenheim <input type="checkbox"/> Wohnheim (Studenten, Krankenschwestern)</p> <p><input type="checkbox"/> Untermiete <input type="checkbox"/> Ferienwohnung Wochenendhaus</p> |                          |                                       |                                       |                          |                  |   |                          |                          |                          |                          |                          |                |                          |                          |                          |                          |                          |                |                          |                          |                          |                          |                          |                    |                          |                          |                          |                          |                          |                |                          |                          |                          |                          |                          |                |                          |                          |                          |                          |                          |   |  |                |                |                                       |                |                  |   |                          |                          |                          |                          |                          |                |                          |                          |                          |                          |                          |                |                          |                          |                          |                          |                          |                    |                          |                          |                          |                          |                          |                |                          |                          |                          |                          |                          |                |                          |                          |                          |                          |                          |
| <p><b>3. Aufenthaltsdauer:</b><br/>Wann nützen Sie in der Regel diese Unterkunft?</p> <p><b>3.1. Ausmaß des tatsächlichen Aufenthaltes:</b></p> <p><input type="checkbox"/> selten, fallweise (weiter bei Frage 4)<br/> <input type="checkbox"/> nie (weiter bei Frage 4)<br/> <input type="checkbox"/> ganzjährig<br/> <input type="checkbox"/> größerer Teil des Jahres<br/> <input type="checkbox"/> kleinerer Teil des Jahres</p> <p><b>3.2. Zeiträume des Aufenthaltes:</b></p> <table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>Sommerhalbjahr</th> <th>Winterhalbjahr</th> <th>Vorlesungszeit, Schuljahr Arbeitsjahr</th> <th>Ferien, Urlaub</th> <th>anderer Zeitraum</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) die ganze Woche:<br/>oder<br/>b) werktags:</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>häufig, immer:</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>nur fallweise:</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>c) zum Wochenende:</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>häufig, immer:</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>nur fallweise:</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> |  | Sommerhalbjahr           | Winterhalbjahr                        | Vorlesungszeit, Schuljahr Arbeitsjahr | Ferien, Urlaub           | anderer Zeitraum | a) die ganze Woche:<br>oder<br>b) werktags: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | häufig, immer: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | nur fallweise: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | c) zum Wochenende: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | häufig, immer: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | nur fallweise: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <p><b>3. Aufenthaltsdauer:</b><br/>Wann nützen Sie in der Regel diese Unterkunft?</p> <p><b>3.1. Ausmaß des tatsächlichen Aufenthaltes:</b></p> <p><input type="checkbox"/> selten, fallweise (weiter bei Frage 4)<br/> <input type="checkbox"/> nie (weiter bei Frage 4)<br/> <input type="checkbox"/> ganzjährig<br/> <input type="checkbox"/> größerer Teil des Jahres<br/> <input type="checkbox"/> kleinerer Teil des Jahres</p> <p><b>3.2. Zeiträume des Aufenthaltes:</b></p> <table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>Sommerhalbjahr</th> <th>Winterhalbjahr</th> <th>Vorlesungszeit, Schuljahr Arbeitsjahr</th> <th>Ferien, Urlaub</th> <th>anderer Zeitraum</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) die ganze Woche:<br/>oder<br/>b) werktags:</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>häufig, immer:</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>nur fallweise:</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>c) zum Wochenende:</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>häufig, immer:</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>nur fallweise:</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> |  | Sommerhalbjahr | Winterhalbjahr | Vorlesungszeit, Schuljahr Arbeitsjahr | Ferien, Urlaub | anderer Zeitraum | a) die ganze Woche:<br>oder<br>b) werktags: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | häufig, immer: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | nur fallweise: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | c) zum Wochenende: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | häufig, immer: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | nur fallweise: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   | Sommerhalbjahr   | Winterhalbjahr           | Vorlesungszeit, Schuljahr Arbeitsjahr | Ferien, Urlaub                        | anderer Zeitraum         |                  |   |                          |                          |                          |                          |                          |                |                          |                          |                          |                          |                          |                |                          |                          |                          |                          |                          |                    |                          |                          |                          |                          |                          |                |                          |                          |                          |                          |                          |                |                          |                          |                          |                          |                          |   |  |                |                |                                       |                |                  |   |                          |                          |                          |                          |                          |                |                          |                          |                          |                          |                          |                |                          |                          |                          |                          |                          |                    |                          |                          |                          |                          |                          |                |                          |                          |                          |                          |                          |                |                          |                          |                          |                          |                          |
| a) die ganze Woche:<br>oder<br>b) werktags:   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/> |                  |   |                          |                          |                          |                          |                          |                |                          |                          |                          |                          |                          |                |                          |                          |                          |                          |                          |                    |                          |                          |                          |                          |                          |                |                          |                          |                          |                          |                          |                |                          |                          |                          |                          |                          |   |  |                |                |                                       |                |                  |   |                          |                          |                          |                          |                          |                |                          |                          |                          |                          |                          |                |                          |                          |                          |                          |                          |                    |                          |                          |                          |                          |                          |                |                          |                          |                          |                          |                          |                |                          |                          |                          |                          |                          |
| häufig, immer:  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/> |                  |   |                          |                          |                          |                          |                          |                |                          |                          |                          |                          |                          |                |                          |                          |                          |                          |                          |                    |                          |                          |                          |                          |                          |                |                          |                          |                          |                          |                          |                |                          |                          |                          |                          |                          |   |  |                |                |                                       |                |                  |   |                          |                          |                          |                          |                          |                |                          |                          |                          |                          |                          |                |                          |                          |                          |                          |                          |                    |                          |                          |                          |                          |                          |                |                          |                          |                          |                          |                          |                |                          |                          |                          |                          |                          |
| nur fallweise:  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/> |                  |   |                          |                          |                          |                          |                          |                |                          |                          |                          |                          |                          |                |                          |                          |                          |                          |                          |                    |                          |                          |                          |                          |                          |                |                          |                          |                          |                          |                          |                |                          |                          |                          |                          |                          |   |  |                |                |                                       |                |                  |   |                          |                          |                          |                          |                          |                |                          |                          |                          |                          |                          |                |                          |                          |                          |                          |                          |                    |                          |                          |                          |                          |                          |                |                          |                          |                          |                          |                          |                |                          |                          |                          |                          |                          |
| c) zum Wochenende:  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/> |                  |   |                          |                          |                          |                          |                          |                |                          |                          |                          |                          |                          |                |                          |                          |                          |                          |                          |                    |                          |                          |                          |                          |                          |                |                          |                          |                          |                          |                          |                |                          |                          |                          |                          |                          |   |  |                |                |                                       |                |                  |   |                          |                          |                          |                          |                          |                |                          |                          |                          |                          |                          |                |                          |                          |                          |                          |                          |                    |                          |                          |                          |                          |                          |                |                          |                          |                          |                          |                          |                |                          |                          |                          |                          |                          |
| häufig, immer:  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/> |                  |   |                          |                          |                          |                          |                          |                |                          |                          |                          |                          |                          |                |                          |                          |                          |                          |                          |                    |                          |                          |                          |                          |                          |                |                          |                          |                          |                          |                          |                |                          |                          |                          |                          |                          |   |  |                |                |                                       |                |                  |   |                          |                          |                          |                          |                          |                |                          |                          |                          |                          |                          |                |                          |                          |                          |                          |                          |                    |                          |                          |                          |                          |                          |                |                          |                          |                          |                          |                          |                |                          |                          |                          |                          |                          |
| nur fallweise:  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/> |                  |   |                          |                          |                          |                          |                          |                |                          |                          |                          |                          |                          |                |                          |                          |                          |                          |                          |                    |                          |                          |                          |                          |                          |                |                          |                          |                          |                          |                          |                |                          |                          |                          |                          |                          |   |  |                |                |                                       |                |                  |   |                          |                          |                          |                          |                          |                |                          |                          |                          |                          |                          |                |                          |                          |                          |                          |                          |                    |                          |                          |                          |                          |                          |                |                          |                          |                          |                          |                          |                |                          |                          |                          |                          |                          |
|   | Sommerhalbjahr   | Winterhalbjahr           | Vorlesungszeit, Schuljahr Arbeitsjahr | Ferien, Urlaub                        | anderer Zeitraum         |                  |   |                          |                          |                          |                          |                          |                |                          |                          |                          |                          |                          |                |                          |                          |                          |                          |                          |                    |                          |                          |                          |                          |                          |                |                          |                          |                          |                          |                          |                |                          |                          |                          |                          |                          |   |  |                |                |                                       |                |                  |   |                          |                          |                          |                          |                          |                |                          |                          |                          |                          |                          |                |                          |                          |                          |                          |                          |                    |                          |                          |                          |                          |                          |                |                          |                          |                          |                          |                          |                |                          |                          |                          |                          |                          |
| a) die ganze Woche:<br>oder<br>b) werktags:   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/> |                  |   |                          |                          |                          |                          |                          |                |                          |                          |                          |                          |                          |                |                          |                          |                          |                          |                          |                    |                          |                          |                          |                          |                          |                |                          |                          |                          |                          |                          |                |                          |                          |                          |                          |                          |   |  |                |                |                                       |                |                  |   |                          |                          |                          |                          |                          |                |                          |                          |                          |                          |                          |                |                          |                          |                          |                          |                          |                    |                          |                          |                          |                          |                          |                |                          |                          |                          |                          |                          |                |                          |                          |                          |                          |                          |
| häufig, immer:  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/> |                  |   |                          |                          |                          |                          |                          |                |                          |                          |                          |                          |                          |                |                          |                          |                          |                          |                          |                    |                          |                          |                          |                          |                          |                |                          |                          |                          |                          |                          |                |                          |                          |                          |                          |                          |   |  |                |                |                                       |                |                  |   |                          |                          |                          |                          |                          |                |                          |                          |                          |                          |                          |                |                          |                          |                          |                          |                          |                    |                          |                          |                          |                          |                          |                |                          |                          |                          |                          |                          |                |                          |                          |                          |                          |                          |
| nur fallweise:  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/> |                  |   |                          |                          |                          |                          |                          |                |                          |                          |                          |                          |                          |                |                          |                          |                          |                          |                          |                    |                          |                          |                          |                          |                          |                |                          |                          |                          |                          |                          |                |                          |                          |                          |                          |                          |   |  |                |                |                                       |                |                  |   |                          |                          |                          |                          |                          |                |                          |                          |                          |                          |                          |                |                          |                          |                          |                          |                          |                    |                          |                          |                          |                          |                          |                |                          |                          |                          |                          |                          |                |                          |                          |                          |                          |                          |
| c) zum Wochenende:  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/> |                  |   |                          |                          |                          |                          |                          |                |                          |                          |                          |                          |                          |                |                          |                          |                          |                          |                          |                    |                          |                          |                          |                          |                          |                |                          |                          |                          |                          |                          |                |                          |                          |                          |                          |                          |   |  |                |                |                                       |                |                  |   |                          |                          |                          |                          |                          |                |                          |                          |                          |                          |                          |                |                          |                          |                          |                          |                          |                    |                          |                          |                          |                          |                          |                |                          |                          |                          |                          |                          |                |                          |                          |                          |                          |                          |
| häufig, immer:  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/> |                  |   |                          |                          |                          |                          |                          |                |                          |                          |                          |                          |                          |                |                          |                          |                          |                          |                          |                    |                          |                          |                          |                          |                          |                |                          |                          |                          |                          |                          |                |                          |                          |                          |                          |                          |   |  |                |                |                                       |                |                  |   |                          |                          |                          |                          |                          |                |                          |                          |                          |                          |                          |                |                          |                          |                          |                          |                          |                    |                          |                          |                          |                          |                          |                |                          |                          |                          |                          |                          |                |                          |                          |                          |                          |                          |
| nur fallweise:  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/> |                  |   |                          |                          |                          |                          |                          |                |                          |                          |                          |                          |                          |                |                          |                          |                          |                          |                          |                    |                          |                          |                          |                          |                          |                |                          |                          |                          |                          |                          |                |                          |                          |                          |                          |                          |   |  |                |                |                                       |                |                  |   |                          |                          |                          |                          |                          |                |                          |                          |                          |                          |                          |                |                          |                          |                          |                          |                          |                    |                          |                          |                          |                          |                          |                |                          |                          |                          |                          |                          |                |                          |                          |                          |                          |                          |

Zutreffendes bitte ankreuzen!

Seite 1 von 4

|  |  |   |
|--|--|---|
| <p><b>4. Mitbewohner:</b><br/>Bewohnen Familienmitglieder (Stammelterne mit ihren Nachkommen) gemeinsam diese Unterkunft?</p> <p><input type="checkbox"/> nein (weiter bei Frage 5)</p> <p><input type="checkbox"/> ja ➤ Verwandtschaftsverhältnis</p>   | <p><b>4. Mitbewohner:</b><br/>Bewohnen Familienmitglieder (Stammelterne mit ihren Nachkommen) gemeinsam diese Unterkunft?</p> <p><input type="checkbox"/> nein (weiter bei Frage 5)</p> <p><input type="checkbox"/> ja ➤ Verwandtschaftsverhältnis</p>   |   |
| <p><b>5. Sind Sie in dieser Gemeinde melderechtlich gemeldet?</b></p> <p><input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> mit Hauptwohnsitz seit _____</p> <p><input type="checkbox"/> mit (weiterem) Wohnsitz seit _____</p>   | <p><b>5. Sind Sie in dieser Gemeinde melderechtlich gemeldet?</b></p> <p><input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> mit Hauptwohnsitz seit _____</p> <p><input type="checkbox"/> mit (weiterem) Wohnsitz seit _____</p>   |   |
| <p><b>6. Sind Sie in dieser Gemeinde in der Wählerevidenz eingetragen?</b></p> <p><input type="checkbox"/> nein (weiter bei Frage 7)</p> <p><input type="checkbox"/> ja ➤ <input type="checkbox"/> Bundes-Wählerevidenz<br/><input type="checkbox"/> Landes-Wählerevidenz<br/><input type="checkbox"/> Gemeinde-Wählerevidenz<br/><input type="checkbox"/> Europa-Wählerevidenz</p>  | <p><b>6. Sind Sie in dieser Gemeinde in der Wählerevidenz eingetragen?</b></p> <p><input type="checkbox"/> nein (weiter bei Frage 7)</p> <p><input type="checkbox"/> ja ➤ <input type="checkbox"/> Bundes-Wählerevidenz<br/><input type="checkbox"/> Landes-Wählerevidenz<br/><input type="checkbox"/> Gemeinde-Wählerevidenz<br/><input type="checkbox"/> Europa-Wählerevidenz</p>            |   |
| <p><input type="checkbox"/> am Wohnsitz A</p>  | <p><b>7. An welchem Wohnsitz wird ein eigener Haushalt geführt?</b></p>  | <p><input type="checkbox"/> am Wohnsitz B</p> |
| <p><b>8. Arbeitsweg, Schulweg:</b><br/>Treten Sie von dieser Unterkunft (Wohnsitz A) den Weg zur Arbeitsstätte bzw. Ausbildungsstätte an?</p> <p><input type="checkbox"/> nein (weiter bei Frage 10)</p> <p><input type="checkbox"/> ja ➤ <input type="checkbox"/> den überwiegenden Teil der Arbeits-(Schul)tage<br/><input type="checkbox"/> den geringeren Teil der Arbeits-(Schul)tage</p>   | <p><b>8. Arbeitsweg, Schulweg:</b><br/>Treten Sie von dieser Unterkunft (Wohnsitz B) den Weg zur Arbeitsstätte bzw. Ausbildungsstätte an?</p> <p><input type="checkbox"/> nein (weiter bei Frage 10)</p> <p><input type="checkbox"/> ja ➤ <input type="checkbox"/> den überwiegenden Teil der Arbeits-(Schul)tage<br/><input type="checkbox"/> den geringeren Teil der Arbeits-(Schul)tage</p> |   |
| <p><b>9. Arbeitsort, Schulort:</b><br/>In welcher Gemeinde befindet sich Ihre Arbeitsstätte bzw. Ausbildungsstätte (Schule, Universität, usw.)?</p> <p>Gemeinde: _____</p>   |  |   |
| <p><b>10. Liegt eine weitere berufliche Tätigkeit vor?</b><br/>Als Nebenerwerb gilt z.B. die Führung eines landwirtschaftlichen Betriebes mit Weinbau oder Viehhaltung, die regelmäßige Mithilfe im elterlichen Betrieb, die letzte Feriertätigkeit usw.</p> <p><input type="checkbox"/> nein (weiter bei Frage 12)</p> <p><input type="checkbox"/> ja und zwar:</p> <p>Art der Tätigkeit: _____</p> <p>PLZ: _____ Gemeinde: _____</p> |  |   |

**11. Ort des Kindergartens bzw. der Schule Ihrer Kinder:**

Wenn Sie selbst ein oder mehrere Kinder haben, die mit Ihnen im gemeinsamen Haushalt leben und einen Kindergarten oder eine Schule besuchen, geben Sie bitte an, wo Kindergarten, Schule usw. liegen.

a) jüngstes Kind:  Kindergarten  Volksschule  Hauptschule  Handelsschule, AHS, HAK, weiterführende Schule  Universität Fachhochschule

in PLZ: \_\_\_\_\_ Gemeinde: \_\_\_\_\_

b) weiteres Kind:  Kindergarten  Volksschule  Hauptschule  Handelsschule, AHS, HAK, weiterführende Schule  Universität Fachhochschule

in PLZ: \_\_\_\_\_ Gemeinde: \_\_\_\_\_

c) weiteres Kind:  Kindergarten  Volksschule  Hauptschule  Handelsschule, AHS, HAK, weiterführende Schule  Universität Fachhochschule

in PLZ: \_\_\_\_\_ Gemeinde: \_\_\_\_\_

**12. Kindergartenweg, Schulweg der Kinder:**

Treten Ihre Kinder von dieser Unterkunft (Wohnsitz A) den Weg zum Kindergarten bzw. zur Ausbildungsstätte an?

- nein (weiter bei Frage 14)
- ja ➤  den überwiegenden Teil der Kindergarten-(Schul)tage
- den geringeren Teil der Kindergarten-(Schul)tage

**12. Kindergartenweg, Schulweg der Kinder:**

Treten Ihre Kinder von dieser Unterkunft (Wohnsitz B) den Weg zum Kindergarten bzw. zur Ausbildungsstätte an?

- nein (weiter bei Frage 14)
- ja ➤  den überwiegenden Teil der Kindergarten-(Schul)tage
- den geringeren Teil der Kindergarten-(Schul)tage

**13. Aktive gesellschaftliche Betätigungen in dieser Gemeinde:**

Wie aktiv sind Ihre gesellschaftlichen Betätigungen in dieser Gemeinde?  
Berücksichtigen Sie bitte Ihre kulturellen, sportlichen, sozialen und sonstigen gesellschaftlichen Betätigungen, die den Aufenthalt in dieser Gemeinde erfordern.

|                        | sehr intensiv            | weniger intensiv         | kaum vorhanden           | keine Betätigung         |
|------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| kulturelle Betätigung: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| wenn ja, welche:       | _____                    |                          |                          |                          |
| sportliche Betätigung: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| wenn ja, welche:       | _____                    |                          |                          |                          |
| soziale Betätigung:    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| wenn ja, welche:       | _____                    |                          |                          |                          |
| sonstige Betätigung:   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| wenn ja, welche:       | _____                    |                          |                          |                          |

**13. Aktive gesellschaftliche Betätigungen in dieser Gemeinde:**

Wie aktiv sind Ihre gesellschaftlichen Betätigungen in dieser Gemeinde?  
Berücksichtigen Sie bitte Ihre kulturellen, sportlichen, sozialen und sonstigen gesellschaftlichen Betätigungen, die den Aufenthalt in dieser Gemeinde erfordern.

|                        | sehr intensiv            | weniger intensiv         | kaum vorhanden           | keine Betätigung         |
|------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| kulturelle Betätigung: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| wenn ja, welche:       | _____                    |                          |                          |                          |
| sportliche Betätigung: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| wenn ja, welche:       | _____                    |                          |                          |                          |
| soziale Betätigung:    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| wenn ja, welche:       | _____                    |                          |                          |                          |
| sonstige Betätigung:   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| wenn ja, welche:       | _____                    |                          |                          |                          |

**14. Sonstige Angaben, die für die Beurteilung der wirtschaftlichen, beruflichen, familiären oder gesellschaftlichen Lebensverhältnisse von Bedeutung sind:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Von wem wurden diese Angaben gemacht?

- von der betroffenen Person  
 von einer anderen Auskunftsperson (Angehöriger, Wohnungsinhaber) und zwar

Datum: .....

Unterschrift: .....

- Ausfüllung durch die Gemeinde

Datum: .....

Unterschrift: .....

Ich nehme zur Kenntnis, dass die oben von mir bekannt gegebenen personenbezogenen Daten zur Feststellung des Wohnsitzes gem. § 17 Gemeindewahlordnung (GemWO) 1992, § 24 Landtagswahlordnung (LTWO) 1995 aufgrund Art 6 Abs. 1 lit. c, e DSGVO verarbeitet werden.

Die personenbezogenen Daten werden vom Verantwortlichen nur so lange aufbewahrt, als gesetzliche Aufbewahrungspflichten bestehen oder eine Verjährung potentieller Rechtsansprüche noch nicht eingetreten ist.

Bei Nichtbereitstellung der Daten wird die Eruerung des Wohnsitzes durch den Verantwortlichen erschwert. Das kann zur Folge haben, dass keine Wahlberechtigung erteilt wird.

Unter den Voraussetzungen des anwendbaren Rechts habe ich das Recht auf Auskunft über die erhobenen Daten, Berichtigung, Löschung sowie auf Datenübertragbarkeit. Kein Widerspruchsrecht gegen die Verarbeitung der Daten und kein Recht auf Einschränkung der Verarbeitung der Daten besteht gem. § 20 Abs. 5 GemWO 1992, § 23 Abs. 4 LTWO 1995 iVm Art 23 DSGVO.

Es besteht das Recht auf Beschwerde bei der Datenschutzbehörde.

Datenschutzrechtlich verantwortlich im Sinne der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) der Europäischen Union, Verordnung (EU) Nr. 2016/679, ist die  
Gemeinde Unterrabnitz-Schwendgraben, 7371 Unterrabnitz, Hauptstraße 54,  
Tel.: 02616/8877, E-Mail: [post@unterrabnitz-schwendgraben.bgld.gv.at](mailto:post@unterrabnitz-schwendgraben.bgld.gv.at)  
Alternativ besteht die Möglichkeit, sich an den Datenschutzbeauftragten Domweber Daniel,  
E-Mail: [daniel.domweber@neuhold.at](mailto:daniel.domweber@neuhold.at), zu wenden.