



Aktenzeichen: _____

**Antrag / Mitteilung von Tatsachenangaben am _____
auf Betriebshilfe Haushaltshilfe**

A. Angaben zur ausgefallenen Person

Name, Vorname (ggf. auch Geburtsname)	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort	Telefon Vorwahl/Rufnummer

Familienstand _____

ledig Falls nicht ledig, seit _____ verheiratet getrennt lebend geschieden
 Tag, Monat, Jahr
 verwitwet in eingetragener Partnerschaft lebend

1. Die ausgefallene Person ist normalerweise tätig

1.1 **im landwirtschaftlichen Unternehmen** _____ im Haushalt _____
zusätzlich ja nein Stunden täglich _____ Stunden täglich _____

1.2 **in sonstigen Unternehmen oder Unternehmensteilen** _____
 Stunden täglich _____

Brennerei Gästezimmer Pferdepension Biogasanlage
 Hofladen _____
 sonstige Unternehmensteile

oder ja nein

1.3 **als Pflegeperson im Sinne des SGB XI** _____
 Stunden täglich _____

Werden aufgrund dieser Pflegetätigkeit Beiträge zur Rentenversicherung von der Pflegekasse
 (Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegeperson) gezahlt? ja nein

2. Wird eine außerlandwirtschaftliche Beschäftigung/Tätigkeit ausgeübt?

2.1 **Ausgefallene Person**

Beruf/Tätigkeit _____ außerlandw. Arbeitszeit _____ Stunden wöchentlich _____

2.2 **Ehegatte/eingetragener Lebenspartner**

Beruf/Tätigkeit _____ außerlandw. Arbeitszeit _____ Stunden wöchentlich _____

3. Besteht mit dem Ehegatten/eingetragenen Lebenspartner ein Arbeitsverhältnis?

nein
 ja, im landwirtschaftlichen Betrieb im Haushalt
 in anderem Betrieb/Betriebsteil (bitte angeben) _____
 monatliches Arbeitsentgelt _____ € regelmäßige Arbeitszeit _____
 Stunden wöchentlich _____

Tätigkeiten laut Arbeitsvertrag (bitte benennen): _____

4. Ist für die ausgefallene Person ein Antrag auf Pflegebedürftigkeit i. S. d. SGB XI (Soziale Pflegeversicherung) gestellt worden?

nein ja, bei _____
 Versicherungsträger _____

5. Ist für die ausgefallene Person ein Antrag auf Erwerbsminderungsrente gestellt worden?

nein ja, bei _____
 Versicherungsträger _____

Falls ja: Wurde Erwerbsminderung bereits festgestellt? nein ja



Aktenzeichen: _____

B. Grund der Antragstellung / Mitteilung von Tatsachenangaben (Bitte Nachweise beifügen.)

Aus welchem Grund wurde der Antrag gestellt bzw. sind Tatsachenangaben mitzuteilen?

- Stationäre Krankenhausbehandlung ab _____ Arbeitsunfähigkeit ab _____
 Tag, Monat, Jahr Tag, Monat, Jahr
 Krankheit, durch die die Bewirtschaftung des Betriebes gefährdet ist, ab _____
 Tag, Monat, Jahr

Art der Erkrankung/Diagnose

- Rehabilitation ab _____ durch _____
 Tag, Monat, Jahr Kostenträger der Maßnahme
 Präventionsmaßnahme der Landwirtschaftlichen Alterskasse
 Schwangerschaft/Mutterschaft voraussichtlicher Entbindungstag _____
 Tag, Monat, Jahr

Todesfall am _____
 Tag, Monat, Jahr

Liegt ein Unfall vor?

- nein ja, landwirtschaftlicher Arbeitsunfall am _____
 Tag, Monat, Jahr
 sonstiger Unfall am _____
 Tag, Monat, Jahr

Organisation einer bedarfsgerechten Pflege/pflegerischen Versorgung für eine/n
 pflegebedürftige/n nahe/n Angehörige/n ab _____
 Tag, Monat, Jahr

Medizinisch notwendige Begleitung bei stationärer Behandlung

- eines Kindes _____ Geburtsdatum _____
 Name des Kindes Tag, Monat, Jahr
 eines Menschen mit Behinderung (Begleitung als naher Angehöriger)

C. Angaben zum Einsatz und Umfang

Welche Arbeiten soll die Ersatzkraft im Wesentlichen verrichten?

	Stunden täglich	Anfallende Arbeiten – sind unbedingt anzugeben
Montag - Freitag	bis zu _____	
Samstag	bis zu _____	
Sonntag/Feiertag	bis zu _____	

Es soll eine selbst beschaffte betriebsfremde Ersatzkraft zum Einsatz kommen, ab _____
 Tag, Monat, Jahr

Es soll eine Ersatzkraft gestellt/vermittelt werden, Einsatzbeginn _____
 Tag, Monat, Jahr

Eine selbst beschaffte Ersatzkraft steht nicht zur Verfügung.

D. Angaben zur gestellten/vermittelten Ersatzkraft (Bei mehreren Ersatzkräften bitte gesondertes Blatt beifügen.)

Bezeichnung der Einsatzstelle	(z. B. Maschinenring, Dorfheimerinnenstation, SVLFG)
Ersatzkraft	Name, Vorname der Ersatzkraft (falls bekannt)



Aktenzeichen: _____

E. Angaben zu selbst beschafften Ersatzkräften (Bei mehreren Ersatzkräften bitte gesondertes Blatt beifügen.)

1. _____ geb. am _____
Name, Vorname _____
Tag, Monat, Jahr _____

Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort _____

aktuelle berufliche Tätigkeit _____
2. Ist die Ersatzkraft mit dem Unternehmer oder dessen Ehegatte/Lebenspartner verwandt oder verschwägert?
 nein ja, Art der Verwandt-/Schwägerschaft _____
3. Ist die Ersatzkraft auch sonst regelmäßig in Ihrem Unternehmen/Haushalt tätig?
 nein ja
4. Wird die Berufstätigkeit unterbrochen?
 nein ja, mit bezahltem Urlaub unbezahltem Urlaub

regelmäßige wöchentliche Arbeitszeit im Beruf _____
Stunden _____
5. Welcher Stundenlohn wurde mit der Ersatzkraft vereinbart? _____ €

F. Angaben zum Unternehmen/Haushalt

1. Arbeiten neben Ihnen noch weitere Personen im Unternehmen/Haushalt mit? (z. B. Mitunternehmer, Ehegatten, hauptberuflich mitarbeitende Familienangehörige, Arbeitnehmer, Auszubildende, Praktikanten, Lebensgefährten, Altenteiler – bitte gegebenenfalls gesondertes Blatt beifügen.)
 nein ja, welche?

Name, Vorname	Geburts- datum	beschäftigt als (auch Angabe, ob im Unternehmen (U) und/oder im Haushalt (H) tätig)				Mitarbeit im Unternehmen/ Haushalt (Stundenzahl eintragen)		
		Mitarbeitender Familien- angehöriger	Arbeits- nehmer	Aus- zubildender	Sonstige	montags bis freitags täglich	samstags	sonntags

2. Falls mehrere Familienangehörige oder familienfremde Arbeitskräfte versicherungspflichtig beschäftigt sind: Warum ist für die Weiterführung des Unternehmens/Haushalts der Einsatz einer Ersatzkraft notwendig? (Bitte gegebenenfalls gesondertes Blatt beifügen.)
3. Leben neben Ihnen noch andere Personen im Haushalt? (Bitte gegebenenfalls gesondertes Blatt beifügen.)
 nein ja, welche?

Name, Vorname	Geburtsdatum	Verwandtschafts-/ Schwägerschaftsverhältnis	Tätigkeit/Berufsbezeichnung/ Pflegegrad

4. Welchen der im Haushalt lebenden Personen kann eine Mithilfe nicht zugemutet werden und gegebenenfalls aus welchen Gründen?



Aktenzeichen: _____

G. Betriebsverhältnisse

1. Insgesamt bewirtschaftete Flächen (Eigenland **und** Pacht) _____ ha
Davon: Ackerland _____ ha Grünland _____ ha Weinbau _____ ha Forst _____ ha Ödland _____ ha
Sonderkulturen: Obst _____ ha Gemüse _____ ha Tabak _____ ha Spargel _____ ha
2. Viehbestand (Bitte Anzahl angeben.)
Großvieh _____ **Davon:** _____ Milchvieh _____ Mutterkühe _____ Jungvieh _____ Mastbulle
 _____ Pferde (eigene) _____ Pensionspferde
Schweine _____ **Davon:** _____ Zuchtsauen _____ Mastschweine _____ Ferkel
 Schafe _____ Federvieh _____ Sonstiges _____
3. Technische Ausstattung/Besonderheiten
Haltung Boxenauslaufstall Anbindestall Sonstige _____
Melken Melkstand Eimermelkanlage Absauganlage Melkroboter
Entmistung technisiert per Hand
Fütterung technisiert per Hand
4. Besonders aufwändige Arbeiten
5. Direktvermarktung
 nein ja, und zwar _____

6. Regelmäßige Arbeiten durch Lohnunternehmer
 nein ja, und zwar _____

7. Beabsichtigte Betriebsabgabe nein ja, und zwar zum _____
 Tag, Monat, Jahr

H. Erklärung und Unterschrift der ausgefallenen Person / des Vertreters

Ich versichere, dass meine Angaben der Wahrheit entsprechen und vollständig sind. Mir ist bekannt, dass falsche Angaben unter Umständen eine strafrechtliche Verfolgung nach sich ziehen können. Eintretende Änderungen gegenüber den hier gemachten Angaben werde ich unverzüglich, gegebenenfalls auch vor Erteilung eines Bescheides, mitteilen.

Datum _____

Unterschrift der ausgefallenen Person / des Vertreters

I. Einwilligung und Unterschrift des Antragstellers / des Vertreters

(Hinweis: nur erforderlich, wenn ein BHH-Vertragspartner im Antragsverfahren mitgewirkt hat)

Haben im Antragsverfahren BHH-Vertragspartner mitgewirkt, bin ich damit einverstanden, dass diese über die Leistungsentscheidung informiert werden. Dies gilt auch dann, wenn diese Stelle nicht selbst den Einsatz durchführt, aber für den Einsatz im Rahmen ihrer mit der SVLFG vertraglich vereinbarten Koordinationstätigkeiten eine Ersatzkraft eines anderen BHH-Leistungserbringens zum Einsatz bringt.

Meine Einwilligung kann ich jederzeit für diesen Leistungsfall gegenüber der SVLFG widerrufen. Die Rechtmäßigkeit der Datenverarbeitung bis zum Widerruf bleibt davon unberührt. Mir ist bekannt, dass ich ein Recht auf Löschung habe.

Datum _____

Unterschrift des Antragstellers / des Vertreters

Um Sie beraten und betreuen zu können, sind wir darauf angewiesen, Daten zu erheben und zu verarbeiten. Dabei beachten wir die für uns geltenden Datenschutzbestimmungen. Umfassende Informationen zum Datenschutz stellen wir Ihnen auf unserer Homepage unter www.svlfg.de/datenschutz bereit. Gern informieren wir Sie auch persönlich.