



Aktenzeichen:

[illegible]



Aktenzeichen: _____

B. Grund der Antragstellung / Mitteilung von Tatsachenangaben (Bitte Nachweise beifügen.)		
Aus welchem Grund wurde der Antrag gestellt bzw. sind Tatsachenangaben mitzuteilen?		
<input type="checkbox"/> Stationäre Krankenhausbehandlung ab _____	<input type="checkbox"/> Arbeitsunfähigkeit ab _____	
	Tag, Monat, Jahr	Tag, Monat, Jahr
<input type="checkbox"/> Krankheit, durch die die Bewirtschaftung des Betriebes gefährdet ist,	ab _____	
	Tag, Monat, Jahr	
Art der Erkrankung/Diagnose _____		
<input type="checkbox"/> Rehabilitation ab _____	durch _____	
	Tag, Monat, Jahr	Kostenträger der Maßnahme
<input type="checkbox"/> Präventionsmaßnahme der Landwirtschaftlichen Alterskasse		
<input type="checkbox"/> Schwangerschaft/Mutterschaft	voraussichtlicher Entbindungstag	_____
		Tag, Monat, Jahr
<input type="checkbox"/> Todesfall am _____		
	Tag, Monat, Jahr	
Liegt ein Unfall vor?		
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja,	<input type="checkbox"/> landwirtschaftlicher Arbeitsunfall am _____
		Tag, Monat, Jahr
	<input type="checkbox"/> sonstiger Unfall	am _____
		Tag, Monat, Jahr
<input type="checkbox"/> Organisation einer bedarfsgerechten Pflege/pflegerischen Versorgung für eine/n pflegebedürftige/n nahe/n Angehörige/n	ab _____	
	Tag, Monat, Jahr	
<input type="checkbox"/> Medizinisch notwendige Begleitung bei stationärer Behandlung		
<input type="checkbox"/> eines Kindes _____	Geburtsdatum _____	
	Name des Kindes	Tag, Monat, Jahr
<input type="checkbox"/> 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 _____	
<input type="checkbox"/> Es soll eine selbst beschaffte betriebsfremde Ersatzkraft zum Einsatz kommen, ab _____		
	Tag, Monat, Jahr	
<input type="checkbox"/> Es soll eine Ersatzkraft gestellt/vermittelt werden,	Einsatzbeginn	_____
		Tag, Monat, Jahr
<input type="checkbox"/> 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, Dorfhelferinnenstation, 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	Geburtsdatum	beschäftigt als (auch Angabe, ob im Unternehmen (U) und/oder im Haushalt (H) tätig)				Mitarbeit im Unternehmen/Haushalt (Stundenzahl eintragen)		
		Mitarbeitender Familienangehöriger	Arbeitnehmer	Auszubildender	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 _____ Mastbullen _____
_____ 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-Leistungserbringers 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.