



Aktenzeichen:

Antrag / Mitteilung von Tatsachenangaben am _____ auf <input type="checkbox"/> Betriebshilfe <input type="checkbox"/> Haushaltshilfe	
A. Angaben zur ausgefallenen Person (Angaben bitte gegebenenfalls berichtigen.)	
Name, Vorname (ggf. auch Geburtsname)	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort	Telefon Vorwahl/Rufnummer
Familienstand <input type="checkbox"/> ledig Falls nicht ledig, seit _____ <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden <small>Tag, Monat, Jahr</small> <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> in eingetragener Partnerschaft lebend	
1. Die ausgefallene Person ist normalerweise tätig im Unternehmen _____ im Haushalt _____ <small>Stunden täglich</small> <small>Stunden täglich</small> in sonstigen Unternehmensteilen (s. G Frage 1) (z. B. Biogasanlage, Ferienwohnung, Hofladen, Pferdepension) <small>Stunden täglich</small> _____	
2. Wird eine außerlandwirtschaftliche Beschäftigung/Tätigkeit ausgeübt?	
2.1 Ausgefallene Person Beruf/Tätigkeit _____ außerlandw. Arbeitszeit _____ <small>Stunden wöchentlich</small>	
2.2 Ehegatte/eingetragener Lebenspartner Beruf/Tätigkeit _____ außerlandw. Arbeitszeit _____ <small>Stunden wöchentlich</small>	
3. Besteht mit dem Ehegatten/eingetragenen Lebenspartner ein Arbeitsverhältnis? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, monatliches Arbeitsentgelt _____ € regelmäßige Arbeitszeit _____ <small>Stunden wöchentlich</small>	
4. Ist für die ausgefallene Person ein Antrag auf Pflegebedürftigkeit i. S. d. SGB XI (Soziale Pflegeversicherung) gestellt worden? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei _____ <small>Versicherungsträger</small>	
5. Ist für die ausgefallene Person ein Antrag auf Erwerbsminderungsrente gestellt worden? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei _____ <small>Versicherungsträger</small> Falls ja: Wurde Erwerbsminderung bereits festgestellt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
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 _____ <small>Tag, Monat, Jahr</small> <small>Tag, Monat, Jahr</small> <input type="checkbox"/> Krankheit, durch die die Bewirtschaftung des Betriebes gefährdet ist, ab _____ <small>Tag, Monat, Jahr</small> _____ <small>Art der Erkrankung/Diagnose</small> <input type="checkbox"/> Rehabilitation ab _____ durch _____ <small>Tag, Monat, Jahr</small> <small>Kostenträger der Maßnahme</small> <input type="checkbox"/> Schwangerschaft/Mutterschaft voraussichtlicher Entbindungstag _____ <small>Tag, Monat, Jahr</small> <input type="checkbox"/> Todesfall am _____ <small>Tag, Monat, Jahr</small>	
Liegt ein Unfall vor? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, <input type="checkbox"/> landwirtschaftlicher Arbeitsunfall am _____ <small>Tag, Monat, Jahr</small> <input type="checkbox"/> sonstiger Unfall am _____ <small>Tag, Monat, Jahr</small>	



Aktenzeichen:

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

Die Notwendigkeit für diese Organisation hat sich ergeben am _____
Tag, Monat, Jahr

Name der/des pflegebedürftigen nahen Angehörigen _____

Beziehung/Verhältnis zur pflegenden Person? _____
(z. B. Ehegatte, Lebensgefährte, Eltern, Geschwister, Kind)

Die zu pflegende Person ist pflegeversichert bei

Landw. Pflegekasse,

anderer gesetzlicher Pflegekasse: _____ Aktenzeichen: _____

privat pflegeversichert bei: _____ Aktenzeichen: _____

beihilfeberechtigt bei: _____ Aktenzeichen: _____

C. Angaben zum Einsatz und Umfang

Welche Arbeiten sind im Wesentlichen zu verrichten?

Montag bis Freitag bis zu _____ Stunden täglich

Art der Arbeit

an Samstagen bis zu _____ Stunden täglich

Art der Arbeit

an Sonn- und Feiertagen bis zu _____ Stunden täglich

Art der Arbeit

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, Dorfhelferinnenstation, SVLFG)

Ersatzkraft _____
Name, Vorname der Ersatzkraft (falls bekannt)

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



Aktenzeichen:

4. Wird die Berufstätigkeit unterbrochen?
 nein ja, mit bezahltem Urlaub unbezahltem Urlaub
 regelmäßige wöchentliche Arbeitszeit _____
 Stunden

5. Welcher Stundenlohn wurde mit der Ersatzkraft vereinbart? _____ €

F. Angaben zum Unternehmen/Haushalt

1. Welche Personen **arbeiten** im Unternehmen/Haushalt mit? (z. B. Mitunternehmer, Ehegatten, hauptberuflich mitarbeitende Familienangehörige, Arbeitnehmer, Auszubildende, Praktikanten, Lebensgefährten, Altenteiler – bitte gegebenenfalls gesondertes Blatt beifügen.)

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 sonstige 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?

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

Die Ersatzkraft soll auch in sonstigen Unternehmensteilen Tätigkeiten verrichten:

nein ja, in folgendem Unternehmensteil:

Brennerei Gästezimmer Pferdepension Biogasanlage Hofladen

 Sonstige Unternehmensteile



Aktenzeichen:

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.

Ich bin damit einverstanden, dass ein eventueller Erstattungsbetrag gegebenenfalls zur Tilgung von Forderungen der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaft, Alterskasse, Krankenkasse oder Pflegekasse einbehalten wird.

Datum

Unterschrift der ausgefallenen Person / des Vertreters

I. Einwilligung

Sofern die SVLFG einen ihrer BHH-Vertragspartner zur Durchführung der Leistung beauftragt, bin ich damit einverstanden, dass die für die Leistungserbringung in diesem Leistungsfall erforderlichen Daten (unter anderem Kopie des Bewilligungsbescheides) an den Vertragspartner weitergeleitet werden. Haben im Antragsverfahren dritte Stellen wie z. B. Bauernverband, Landvolk oder BHH-Vertragspartner mitgewirkt, bin ich damit einverstanden, dass diese über die Leistungsentscheidung informiert werden. 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 www.svlfg.de unter der Rubrik Datenschutz bereit. Gern informieren wir Sie auch persönlich.