



Sozialversicherung für Landwirtschaft,
Forsten und Gartenbau
Betriebs- und Haushaltshilfe

34105 Kassel

Aktenzeichen: **617** / /

Regions-Kz GP des Vertragspartners
(soweit vorhanden)

Meldung einer „als bei anderen Stellen beschäftigt geltenden“ Ersatzkraft

| | | |
|---|--|---|
| Meldegrund | <input type="checkbox"/> Beginn , am: _____ | <input type="checkbox"/> Änderung (z. B. Status Beschäftigung, Name usw.) |
| | <input type="checkbox"/> Ende , am: _____ (z. B. Ausscheiden, Rente, Betriebsabgabe) | |
| Name, Vorname: | | |
| Geburtsname: | | |
| vollständige Anschrift: | | |
| Geburtsdatum: | | |
| Geschäftspartner-Nr. der Ersatzkraft (wenn bekannt) | | |

| | | |
|-----------------------------------|-----|--|
| Vertragspartner (z. B. MBR...) | IK: | |
|-----------------------------------|-----|--|

Eigenschaft/Krankenversicherung der Ersatzkraft

- Landwirt/Ehegatte** (gemäß § 1 Abs. 2 oder 3 ALG)
 LKK-versichert gesetzlich krankenversichert privat krankenversichert
- hauptberuflich Mitarbeitende/r Familienangehörige/r** (gemäß § 1 Abs. 8 ALG)
- SV-pflichtige/r Arbeitnehmer/in in SVLFG-versicherten land- und forstwirtschaftlichen Unternehmen mit Mindestgröße** (nicht Azubi, geringfügig beschäftigt/Saisonarbeitskraft)
(Qualifikationsnachweis und Meldebescheinigung zur Sozialversicherung immer beifügen)
- Unternehmer/Ehegatten versicherungspflichtig ohne aktuelle Mindestgröße** (gemäß § 84 Abs. 1a oder 1b ALG)

Sozialdatenschutz:

Das BHH – Antragsverfahren sowie das Abrechnungsverfahren zwischen den Trägerorganisationen und der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau sowie der Zahlungsverkehr werden über eine Datenverarbeitungsanlage abgewickelt. Dies setzt voraus, dass personenbezogene Daten von Ihnen zu diesem Zweck bei uns verarbeitet und an die Trägerorganisation weitergegeben werden und Sie damit einverstanden sind. Umfassende Informationen zum Datenschutz stellen wir auf unserer Homepage unter www.svlfg.de/datenschutz bereit. Gern informieren wir auch persönlich.

Einwilligung:

Ich bin damit einverstanden, dass die vorgenannten Angaben insbesondere zum Zweck der Beschleunigung des Abrechnungsverfahrens von bzw. zwischen den Trägerorganisationen und der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau erhoben, verarbeitet und weitergegeben werden. Meine Einwilligung erfolgt freiwillig und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft ohne Angaben von Gründen schriftlich widerrufen werden.

Datum

Unterschrift der Ersatzkraft

Datum

Stempel und Unterschrift des Vertragspartners