



Sozialversicherung für Landwirtschaft,
Forsten und Gartenbau
Betriebs- und Haushaltshilfe

34105 Kassel

Aktenzeichen: **617 / /**

Regions-Kz GP des Vertragspartners
(soweit vorhanden)

Erfassungs- und Änderungsmitteilung über Ersatzkräfte

Angaben zur Ersatzkraft		Meldegrund	
<input type="checkbox"/> SV-pflichtige qualifizierte Ersatzkraft (bitte mit Vorlage eines Qualifikationsnachweises, und Meldung zur Sozialversicherung)		<input type="checkbox"/> Neuaufnahme	
<input type="checkbox"/> geringfügig/kurzfristig Beschäftigte (bitte mit Vorlage der Meldung zur Sozialversicherung)		<input type="checkbox"/> Änderung (z. B. Status Beschäftigung, Name usw.)	
<input type="checkbox"/> _____ (bitte mit Vorlage der entsprechenden Nachweise)		<input type="checkbox"/> Beendigung (beim Ausscheiden der Ersatzkraft)	
Name, Vorname:			
Geburtsname:			
vollständige Anschrift:			
Geburtsdatum:		Geschäftspartner-Nr. d. Ersatzkraft (wenn bekannt)	
abgeschlossene Berufsausbildung Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar: _____		
zuletzt ausgeübter Beruf:			
Beginn der Beschäftigung:	Arbeitsvertrag befristet	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bis _____	
Ende der Beschäftigung:			

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 Trägerorganisationen weitergegeben werden und Sie damit einverstanden sind. Umfassende Informationen zum Datenschutz stellen wir auf unserer Homepage www.svlfg.de unter der Rubrik 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