



Aktenzeichen: _____

Antrag / Mitteilung von Tatsachenangaben am _____	
auf <input type="checkbox"/> Betriebshilfe <input type="checkbox"/> Haushaltshilfe	
A. Angaben zur ausgefallenen Person	
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 Tag, Monat, Jahr <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> in eingetragener Partnerschaft lebend	
1. Die ausgefallene Person ist normalerweise tätig im gärtnerischen Unternehmen _____ im Haushalt _____ Stunden täglich Stunden täglich zusätzlich • in sonstigen Unternehmen oder Unternehmensteilen _____ Stunden täglich <input type="checkbox"/> Ladengeschäft <input type="checkbox"/> (Wochen-) Marktverkauf <input type="checkbox"/> Friedhofsarbeiten <input type="checkbox"/> Garten- und Landschaftsbau <input type="checkbox"/> _____ sonstige Unternehmensteile • 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? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> 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?	
<input type="checkbox"/> nein	
<input type="checkbox"/> ja, <input type="checkbox"/> im gärtnerischen Betrieb <input type="checkbox"/> im Haushalt	
<input type="checkbox"/> 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?	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei _____ Versicherungsträger	
5. Ist für die ausgefallene Person ein Antrag auf Erwerbsminderungsrente gestellt worden?	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei _____ Versicherungsträger	
Falls ja: Wurde Erwerbsminderung bereits festgestellt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> 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
- 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

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, Lebensgefährtin, 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)



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 _____
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)		
		Mitarbeitende r 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?



Aktenzeichen: _____

G. Betriebsverhältnisse

1. Größe des gärtnerischen Unternehmens

Kulturart	ha	Ar	qm
zusammen			
davon Hochglas			
davon Niederglas			

2. Besonders aufwändige Arbeiten

3. Direktvermarktung

nein ja, und zwar _____

4. Regelmäßige Arbeiten durch Lohnunternehmer

nein ja, und zwar _____

5. 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 und Unterschrift des Antragstellers / des Vertreters

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 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 www.svlfg.de/datenschutz bereit. Gern informieren wir Sie auch persönlich.