



Aktenzeichen: \_\_\_\_\_

<b>Antrag / Mitteilung von Tatsachenangaben am _____</b>	
<b>auf <input type="checkbox"/> Betriebshilfe</b>	<b><input type="checkbox"/> Haushaltshilfe</b>
<b>A. Angaben zur ausgefallenen Person</b>	
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 1.1 im gärtnerischen Unternehmen _____ im Haushalt _____ Stunden täglich    Stunden täglich zusätzlich <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein 1.2 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 1.3 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 <b>Ausgefallene Person</b> Beruf/Tätigkeit _____ außerlandw. Arbeitszeit _____ Stunden wöchentlich 2.2 <b>Ehegatte/eingetragener Lebenspartner</b> 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

☐ Präventionsmaßnahme der Landwirtschaftlichen Alterskasse

☐ 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

☐ Medizinisch notwendige Begleitung bei stationärer Behandlung

☐ eines Kindes \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Name des Kindes Tag, Monat, Jahr

☐ 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 – <b>sind unbedingt anzugeben</b>
Montag - Freitag	bis zu _____	
Samstag	bis zu _____	
Sonntag/Feiertag	bis zu _____	

☐ 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 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. Größe des gärtnerischen Unternehmens

Kulturart	ha	Ar	qm
<b>zusammen</b>			
<b>davon Hochglas</b>			
<b>davon Niederglas</b>			

### 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.

\_\_\_\_\_  
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](http://www.svlfg.de/datenschutz) bereit. Gern informieren wir Sie auch persönlich.