



Aktenzeichen: _____

Antrag / Mitteilung von Tatsachenangaben am _____
auf **Betriebshilfe** **Haushaltshilfe**

A. Angaben zur ausgefallenen Person (Angaben bitte gegebenenfalls berichtigen.)

Name, Vorname (ggf. auch Geburtsname)	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort	Telefon Vorwahl/Rufnummer

Familienstand

- ledig Falls nicht ledig, seit _____ verheiratet getrennt lebend geschieden
Tag, Monat, Jahr verwitwet in eingetragener Partnerschaft lebend

1. Die ausgefallene Person ist normalerweise tätig
im landwirtschaftlichen Unternehmen _____ im Haushalt _____
Stunden täglich Stunden täglich

zusätzlich in sonstigen Unternehmen oder Unternehmensteilen _____
Stunden täglich

- Brennerei Gästezimmer Pferdepenion Biogasanlage
 Hofladen _____
sonstige Unternehmensteile

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?

nein

ja, im landwirtschaftlichen Betrieb im Haushalt

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?

nein ja, bei _____
Versicherungsträger

5. Ist für die ausgefallene Person ein Antrag auf Erwerbsminderungsrente gestellt worden?

nein ja, bei _____
Versicherungsträger

Falls ja: Wurde Erwerbsminderung bereits festgestellt? nein 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, 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.



Aktenzeichen: _____

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

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



Aktenzeichen: _____

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
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



Aktenzeichen: _____

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.