



Aktenzeichen:

Antrag / Mitteilung von Tatsachenangaben am _____ auf <input type="checkbox"/> Betriebshilfe <input type="checkbox"/> Haushaltshilfe	
A. Angaben zur ausgefallenen Person (Angaben bitte gegebenenfalls berichtigen.)	
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 <div style="text-align: center; margin-left: 100px;">Tag, Monat, Jahr</div> <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> in eingetragener Partnerschaft lebend	
1. Die ausgefallene Person ist normalerweise tätig im Unternehmen _____ im Haushalt _____ <div style="text-align: center; margin-left: 100px;">Stunden täglich</div> <div style="text-align: center; margin-left: 100px;">Stunden täglich</div> in sonstigen Unternehmensteilen (s. G Frage 1) (z. B. Biogasanlage, Ferienwohnung, Hofladen, Pferdepenion) _____ <div style="text-align: center; margin-left: 100px;">Stunden täglich</div>	
2. Wird eine außerlandwirtschaftliche Beschäftigung/Tätigkeit ausgeübt? 2.1 Ausgefallene Person Beruf/Tätigkeit _____ außerlandw. Arbeitszeit _____ <div style="text-align: right; margin-right: 50px;">Stunden wöchentlich</div>	
2.2 Ehegatte/eingetragener Lebenspartner Beruf/Tätigkeit _____ außerlandw. Arbeitszeit _____ <div style="text-align: right; margin-right: 50px;">Stunden wöchentlich</div>	
3. Besteht mit dem Ehegatten/eingetragenen Lebenspartner ein Arbeitsverhältnis? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, monatliches Arbeitsentgelt _____ € regelmäßige Arbeitszeit _____ <div style="text-align: right; margin-right: 50px;">Stunden wöchentlich</div>	
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 _____ <div style="text-align: center; margin-left: 100px;">Versicherungsträger</div>	
5. Ist für die ausgefallene Person ein Antrag auf Erwerbsminderungsrente gestellt worden? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei _____ <div style="text-align: center; margin-left: 100px;">Versicherungsträger</div> Falls ja: Wurde Erwerbsminderung bereits festgestellt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
B. Grund der Antragstellung / Mitteilung von Tatsachenangaben (Bitte Nachweise beifügen.)	
Aus welchem Grund wurde der Antrag gestellt bzw. sind Tatsachenangaben mitzuteilen? <input type="checkbox"/> Stationäre Krankenhausbehandlung ab _____ <input type="checkbox"/> Arbeitsunfähigkeit ab _____ <div style="text-align: center; margin-left: 100px;">Tag, Monat, Jahr</div> <div style="text-align: center; margin-left: 100px;">Tag, Monat, Jahr</div> <input type="checkbox"/> Krankheit, durch die die Bewirtschaftung des Betriebes gefährdet ist, ab _____ <div style="text-align: center; margin-left: 100px;">Tag, Monat, Jahr</div> _____ Art der Erkrankung/Diagnose	
<input type="checkbox"/> Rehabilitation ab _____ durch _____ <div style="text-align: center; margin-left: 100px;">Tag, Monat, Jahr</div> <div style="text-align: center; margin-left: 100px;">Kostenträger der Maßnahme</div>	
<input type="checkbox"/> Schwangerschaft/Mutterschaft _____ <div style="text-align: center; margin-left: 100px;">Tag, Monat, Jahr</div> voraussichtlicher Entbindungstag _____ <div style="text-align: right; margin-right: 50px;">Tag, Monat, Jahr</div>	
<input type="checkbox"/> Todesfall am _____ <div style="text-align: center; margin-left: 100px;">Tag, Monat, Jahr</div>	



Aktenzeichen:

<p>Liegt ein Unfall vor? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, <input type="checkbox"/> landwirtschaftlicher Arbeitsunfall am _____ Tag, Monat, Jahr <input type="checkbox"/> Sonstiger Unfall am _____ Tag, Monat, Jahr</p>
<p><input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> Landw. Pflegekasse, <input type="checkbox"/> anderer gesetzlicher Pflegekasse: _____ Aktenzeichen: _____ <input type="checkbox"/> privat pflegeversichert bei: _____ Aktenzeichen: _____ <input type="checkbox"/> beihilfeberechtigt bei: _____ Aktenzeichen: _____</p>
<p>C. Angaben zum Einsatz und Umfang</p> <p>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 _____ <input type="checkbox"/> Es soll eine selbst beschaffte betriebsfremde Ersatzkraft zum Einsatz kommen, ab _____ Tag, Monat, Jahr <input type="checkbox"/> Es soll eine Ersatzkraft gestellt/vermittelt werden, Einsatzbeginn _____ Tag, Monat, Jahr <input type="checkbox"/> Eine selbst beschaffte Ersatzkraft steht nicht zur Verfügung.</p>
<p>D. Angaben zur gestellten/vermittelten Ersatzkraft (Bei mehreren Ersatzkräften bitte gesondertes Blatt beifügen.)</p> <p>Bezeichnung der Einsatzstelle _____ (z. B. Maschinenring, Dorfhelferinnenstation, SVLFG) Ersatzkraft _____ Name, Vorname der Ersatzkraft (falls bekannt)</p>
<p>E. Angaben zu selbst beschafften Ersatzkräften (Bei mehreren Ersatzkräften bitte gesondertes Blatt beifügen.)</p> <p>1. _____ geb. am _____ Name, Vorname Tag, Monat, Jahr _____ Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort _____ aktuelle berufliche Tätigkeit</p> <p>2. Ist die Ersatzkraft mit dem Unternehmer oder dessen Ehegatte/Lebenspartner verwandt oder verschwägert? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Art der Verwandt-/Schwägerschaft _____</p>



Aktenzeichen:

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

4. Welchen der im Haushalt lebenden Personen kann eine Mithilfe nicht zugemutet werden und gegebenenfalls aus welchen Gründen?



Aktenzeichen:

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
Die Ersatzkraft soll auch in sonstigen Unternehmensteilen Tätigkeiten verrichten:
 nein ja, in folgendem Unternehmensteil:
 Brennerei Gästezimmer Pferdepenion Biogasanlage Hofladen

Sonstige Unternehmensteile
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

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. Eine eventuell anfallende Selbstbeteiligung kann von dem unter Punkt I. genannten Konto abgebucht werden.

Datum

Unterschrift der ausgefallenen Person / 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.