



Aktenzeichen: _____

Antrag auf/Mitteilung von Tatsachenangaben zur Verlängerung der Betriebs- und Haushaltshilfe bei (ambulanter) Arbeitsunfähigkeit/Krankheit

Wichtiger Hinweis: Eine Verlängerung der Leistung kann nur erfolgen, wenn besondere Verhältnisse im Unternehmen/Haushalt dies erforderlich machen. Allein die Tatsache, dass (ambulante) Arbeitsunfähigkeit/Krankheit fortbesteht, erfüllt den Tatbestand der besonderen Verhältnisse nicht. Zur Prüfung der Leistungsvoraussetzungen muss das Formular vollständig ausgefüllt vor Ablauf der genehmigten Leistungsdauer bei der SVLFG vorliegen.

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

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

B. Angaben zur betrieblichen Situation (bei Antrag/Mitteilung von Tatsachenangaben auf Betriebshilfe)

- Welche unaufschiebbaren Arbeiten fallen über den bewilligten Zeitraum hinaus im versicherten Unternehmen an, die üblicherweise der/die Verletzte/Kranke verrichtet hat?
 - tägliche Arbeiten: _____ Umfang (Stunden täglich): _____
 - saisonale Arbeiten: _____ bis voraussichtlich: _____
 - Außenarbeiten: _____ auf _____ Hektar bis ca.: _____
 - Sonstiges: _____
- Hat sich seit Einsatzbeginn der Arbeitskräftebesatz verändert?
 - nein ja, und zwar: _____
- andere/weitere Gründe für besondere Verhältnisse im Betrieb:
 - nein ja, und zwar: _____

C. Angaben zur familiären Situation (bei Antrag auf/Mitteilung von Tatsachenangaben zur Haushaltshilfe)

- Für welche unaufschiebbaren Arbeiten wird Haushaltshilfe weiterhin benötigt?
 - Arbeiten: _____ bis voraussichtlich: _____
- Hat sich die familiäre Situation seit Einsatzbeginn verändert?
 - nein ja, und zwar: _____

D. Angaben zum Gesundheitszustand

- Wie lange dauert die weitere Arbeitsunfähigkeit/Krankheit voraussichtlich an?
(Es ist die Vorlage einer ärztlichen Bescheinigung erforderlich)

- Wie lange und in welchem Umfang wird die Betriebs-/Haushaltshilfe voraussichtlich erforderlich sein?

E. Unterschrift der ausgefallenen Person/Vertreter

Datum _____ Unterschrift _____

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.