



Aktenzeichen:

Antrag 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			Geburtsort
Staatsangehörigkeit	Telefon Vorwahl/Rufnummer	Telefax Vorwahl/Rufnummer	Mitgliedsnummer
<p>1. Die ausgefallene Person ist normalerweise tätig im Unternehmen _____ im Haushalt _____ <small>Stunden täglich</small> <small>Stunden täglich</small> in sonstigen Unternehmensteilen (s. G Frage 1) <small>Stunden täglich</small></p> <p>2. Wird eine außerlandwirtschaftliche Beschäftigung/Tätigkeit ausgeübt?</p> <p>2.1 Ausgefallene Person Beruf/Tätigkeit _____ außerlandw. Arbeitszeit _____ <small>Stunden wöchentlich</small></p> <p>2.2 Ehegatte/eingetragener Lebenspartner Beruf/Tätigkeit _____ außerlandw. Arbeitszeit _____ <small>Stunden wöchentlich</small></p> <p>3. Besteht mit dem Ehegatten/eingetragenen Lebenspartner ein Arbeitsverhältnis? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, monatliches Arbeitsentgelt _____ € regelmäßige Arbeitszeit _____ <small>Stunden wöchentlich</small></p> <p>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</p> <p>5. Ist für die ausgefallene Person ein Antrag auf Erwerbsminderungsrente gestellt worden? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei _____ <small>Versicherungsträger</small></p> <p>Falls ja: Wurde Erwerbsminderung bereits festgestellt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p>			
B. Grund der Antragstellung (Bitte Nachweise beifügen.)			
Aus welchem Grund wurde der Antrag gestellt?			
<input type="checkbox"/> Stationäre Krankenhausbehandlung ab _____		<input type="checkbox"/> Arbeitsunfähigkeit ab _____	
		<small>Tag, Monat, Jahr</small> <small>Tag, Monat, Jahr</small>	
<input type="checkbox"/> Krankheit, durch die die Bewirtschaftung des Betriebes gefährdet ist,			ab _____
			<small>Tag, Monat, Jahr</small>
<small>Art der Erkrankung/Diagnose</small>			
<input type="checkbox"/> Rehabilitation ab _____		durch _____	
		<small>Tag, Monat, Jahr</small> <small>Kostenträger der Maßnahme</small>	
<input type="checkbox"/> Schwangerschaft/Mutterschaft		voraussichtlicher Entbindungstag _____	
		<small>Tag, Monat, Jahr</small>	
<input type="checkbox"/> Todesfall am _____			
		<small>Tag, Monat, Jahr</small>	
Liegt ein Unfall vor?			
<input type="checkbox"/> nein			
<input type="checkbox"/> ja, <input type="checkbox"/> landwirtschaftlicher Arbeitsunfall am _____			
		<small>Tag, Monat, Jahr</small>	
<input type="checkbox"/> Sonstiger Unfall		am _____	
		<small>Tag, Monat, Jahr</small>	

Aktenzeichen:

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.

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

aktuelle berufliche Tätigkeit

Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort

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

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 arbeitende 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. Welche sonstigen Personen **leben** im Haushalt? (Bitte gegebenenfalls gesondertes Blatt beifügen.)

Name, Vorname	Geburtsdatum	Verwandtschafts-/ Schwägerschaftsverhältnis	Tätigkeit/Berufsbezeichnung/ Pflegestufe

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

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

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 des Antragstellers

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 im Antrag 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 des Antragstellers _____

Um Sie umfassend beraten und betreuen zu können, sind wir darauf angewiesen, Daten zu erheben, zu verarbeiten und zu nutzen. Dabei beachten wir die für uns geltenden Datenschutzbestimmungen.

I. SEPA- Lastschriftmandat

Mandatsreferenznummer: Wird von der SVLFG separat mitgeteilt.

Ich ermächtige die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG)

- laufende Forderungen für die Berufsgenossenschaft
 (Gläubiger – Identifikationsnr.: DE56LBG00000143200)
- einmalig eine Forderung Alterskasse
 (Gläubiger – Identifikationsnr.: DE56LAK00000143200)
- Kranken-/Pflegekasse
 (Gläubiger – Identifikationsnr.: DE56LKK00000143200)

von dem genannten Konto einzuziehen.

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der SVLFG auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber _____

Anschrift des Kontoinhabers _____

Name und Sitz der Bank _____

IBAN _____ BIC _____

Kontoinhaber ist nicht identisch mit Zahlungspflichtigem, das SEPA-Lastschriftmandat gilt daher für

Zahlungspflichtiger _____ Mitgliedsnummer _____

Datum _____

Unterschrift des Kontoinhabers _____