



Aktenzeichen:

<b>Antrag / Mitteilung von Tatsachenangaben am _____</b> auf <input type="checkbox"/> <b>Betriebshilfe</b> <input type="checkbox"/> <b>Haushaltshilfe</b>	
<b>A. Angaben zur ausgefallenen Person</b> (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 Tag, Monat, Jahr <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> in eingetragener Partnerschaft lebend	
1. Die ausgefallene Person ist normalerweise tätig im Unternehmen _____ im Haushalt _____ Stunden täglich Stunden täglich in sonstigen Unternehmensteilen (s. G Frage 1) (z. B. Biogasanlage, Ferienwohnung, Hofladen, Pferdepension) _____ Stunden täglich	
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, monatliches Arbeitsentgelt _____ € regelmäßige Arbeitszeit _____ Stunden wöchentlich	
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	
<b>B. Grund der Antragstellung / Mitteilung von Tatsachenangaben</b> (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 _____ Tag, Monat, Jahr Tag, Monat, Jahr <input type="checkbox"/> Krankheit, durch die die Bewirtschaftung des Betriebes gefährdet ist, ab _____ Tag, Monat, Jahr _____ Art der Erkrankung/Diagnose	
<input type="checkbox"/> Rehabilitation ab _____ durch _____ Tag, Monat, Jahr Kostenträger der Maßnahme	
<input type="checkbox"/> Schwangerschaft/Mutterschaft voraussichtlicher Entbindungstag _____ Tag, Monat, Jahr	
<input type="checkbox"/> Todesfall am _____ Tag, Monat, Jahr	
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	



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

\_\_\_\_\_

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



Aktenzeichen:

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?

**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  Pferdepension  Biogasanlage  Hofladen

\_\_\_\_\_  
 Sonstige Unternehmensteile



Aktenzeichen:

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.

\_\_\_\_\_  
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](http://www.svlfg.de) unter der Rubrik Datenschutz bereit. Gern informieren wir Sie auch persönlich.