



Aktenzeichen:

Antrag am _____ auf <input type="checkbox"/> <b>Betriebshilfe</b> <input type="checkbox"/> <b>Haushaltshilfe</b>			
<b>A. Angaben zur ausgefallenen Person</b>			
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 <b>Ausgefallene Person</b>  Beruf/Tätigkeit _____ außerlandw. Arbeitszeit _____  <small>Stunden wöchentlich</small></p> <p>2.2 <b>Ehegatte/eingetragener Lebenspartner</b>  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>  Falls ja: Wurde Erwerbsminderung bereits festgestellt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p>			
<b>B. Grund der Antragstellung (Bitte Nachweise beifügen.)</b>			
Aus welchem Grund wurde der Antrag gestellt?			
<input type="checkbox"/> Stationäre Krankenhausbehandlung ab _____ <small>Tag, Monat, Jahr</small>		<input type="checkbox"/> Arbeitsunfähigkeit ab _____ <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 _____ <small>Tag, Monat, Jahr</small>		durch _____ <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 pflegeversicherte 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.)

Á ~~Ab~~ 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