



Aktenzeichen:

Antrag auf Verlängerung der Betriebs- und Haushaltshilfe bei (ambulanter) Arbeitsunfähigkeit/Krankheit			
Wichtiger Hinweis: Eine Verlängerung der Leistung kann nur erfolgen, wenn <u>besondere Verhältnisse</u> im Unternehmen/Haushalt dies erforderlich machen. Allein die Tatsache, dass (ambulante) Arbeitsunfähigkeit/Krankheit fortbesteht, erfüllt den Tatbestand der besonderen Verhältnisse nicht. <u>Zur Prüfung der Leistungsvoraussetzungen muss der Antrag vollständig ausgefüllt vor Ablauf der genehmigten Leistungsdauer bei der SVLFG vorliegen.</u>			
A. Angaben zur ausgefallenen Person			
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 auf Betriebshilfe)			
1. Welche unaufschiebbaren Arbeiten fallen über den bewilligten Zeitraum hinaus im versicherten Unternehmen an, die üblicherweise der/die Verletzte/Kranke verrichtet hat?			
<input type="checkbox"/> tägliche Arbeiten: _____ Umfang (Stunden täglich): _____ <input type="checkbox"/> saisonale Arbeiten: _____ bis voraussichtlich: _____ <input type="checkbox"/> Außenarbeiten: _____ auf _____ Hektar bis ca.: _____ <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____			
2. Hat sich seit Einsatzbeginn der Arbeitskräftebesatz verändert?			
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar: _____			
3. andere/weitere Gründe für besondere Verhältnisse im Betrieb:			
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar: _____			
C. Angaben zur familiären Situation (bei Antrag auf Haushaltshilfe)			
1. Für welche unaufschiebbaren Arbeiten wird Haushaltshilfe weiterhin benötigt?			
<input type="checkbox"/> Arbeiten: _____ bis voraussichtlich: _____			
2. Hat sich die familiäre Situation seit Einsatzbeginn verändert?			
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar: _____			
D. Angaben zum Gesundheitszustand			
1. Wie lange dauert die weitere Arbeitsunfähigkeit/Krankheit voraussichtlich an? <small>(Es ist die Vorlage einer ärztlichen Bescheinigung erforderlich)</small>			

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

E. Unterschrift des Antragstellers/Vertreters			
_____		_____	
Datum		Unterschrift	
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.			