



Aktenzeichen: \_\_\_\_\_

**Antrag / Mitteilung von Tatsachenangaben am \_\_\_\_\_**  
auf  **Betriebshilfe**  **Haushaltshilfe**

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

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

**Familienstand**

- ledig Falls nicht ledig, seit \_\_\_\_\_  verheiratet  getrennt lebend  geschieden  
Tag, Monat, Jahr  verwitwet  in eingetragener Partnerschaft lebend

1. Die ausgefallene Person ist normalerweise tätig  
im landwirtschaftlichen Unternehmen \_\_\_\_\_ im Haushalt \_\_\_\_\_  
Stunden täglich Stunden täglich  
zusätzlich in sonstigen Unternehmen oder Unternehmensteilen \_\_\_\_\_  
Stunden täglich  
 Brennerei  Gästezimmer  Pferdepension  Biogasanlage  
 Hofladen  \_\_\_\_\_  
sonstige Unternehmensteile
2. Wird eine außerlandwirtschaftliche Beschäftigung/Tätigkeit ausgeübt?
- 2.1 **Ausgefallene Person**  
Beruf/Tätigkeit \_\_\_\_\_ außerlandw. Arbeitszeit \_\_\_\_\_  
Stunden wöchentlich
- 2.2 **Ehegatte/eingetragener Lebenspartner**  
Beruf/Tätigkeit \_\_\_\_\_ außerlandw. Arbeitszeit \_\_\_\_\_  
Stunden wöchentlich
3. Besteht mit dem Ehegatten/eingetragenen Lebenspartner ein Arbeitsverhältnis?  
 nein  
 ja,  im landwirtschaftlichen Betrieb  im Haushalt  
 in anderem Betrieb/Betriebsteil (bitte angeben) \_\_\_\_\_  
monatliches Arbeitsentgelt \_\_\_\_\_ € regelmäßige Arbeitszeit \_\_\_\_\_  
Stunden wöchentlich  
Tätigkeiten laut Arbeitsvertrag (bitte benennen): \_\_\_\_\_
4. Ist für die ausgefallene Person ein Antrag auf Pflegebedürftigkeit i. S. d. SGB XI (Soziale Pflegeversicherung) gestellt worden?  
 nein  ja, bei \_\_\_\_\_  
Versicherungsträger
5. Ist für die ausgefallene Person ein Antrag auf Erwerbsminderungsrente gestellt worden?  
 nein  ja, bei \_\_\_\_\_  
Versicherungsträger
- Falls ja: Wurde Erwerbsminderung bereits festgestellt?  nein  ja



Aktenzeichen: \_\_\_\_\_

**B. Grund der Antragstellung / Mitteilung von Tatsachenangaben** (Bitte Nachweise beifügen.)

Aus welchem Grund wurde der Antrag gestellt bzw. sind Tatsachenangaben mitzuteilen?

Stationäre Krankenhausbehandlung ab \_\_\_\_\_  Arbeitsunfähigkeit ab \_\_\_\_\_  
Tag, Monat, Jahr Tag, Monat, Jahr

Krankheit, durch die die Bewirtschaftung des Betriebes gefährdet ist, ab \_\_\_\_\_  
Tag, Monat, Jahr

Art der Erkrankung/Diagnose \_\_\_\_\_

Rehabilitation ab \_\_\_\_\_ durch \_\_\_\_\_  
Tag, Monat, Jahr Kostenträger der Maßnahme

Schwangerschaft/Mutterschaft voraussichtlicher Entbindungstag \_\_\_\_\_  
Tag, Monat, Jahr

Todesfall am \_\_\_\_\_  
Tag, Monat, Jahr

Liegt ein Unfall vor?

nein  ja,  landwirtschaftlicher Arbeitsunfall am \_\_\_\_\_  
Tag, Monat, Jahr

sonstiger Unfall am \_\_\_\_\_  
Tag, Monat, Jahr

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.



Aktenzeichen: \_\_\_\_\_

**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

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



Aktenzeichen: \_\_\_\_\_

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
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



Aktenzeichen: \_\_\_\_\_

**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.