



Aktenzeichen:

<b>Antrag auf/Mitteilung von Tatsachenangaben zur Verlängerung der Betriebs- und Haushaltshilfe bei (ambulanter) Arbeitsunfähigkeit/Krankheit</b>			
<p><b>Wichtiger Hinweis:</b> 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 das Formular vollständig ausgefüllt vor Ablauf der genehmigten Leistungsdauer bei der SVLFG vorliegen.</u></p>			
<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
<b>B. Angaben zur betrieblichen Situation (bei Antrag/Mitteilung von Tatsachenangaben auf Betriebshilfe)</b>			
<p>1. Welche unaufschiebbaren Arbeiten fallen über den bewilligten Zeitraum hinaus im versicherten Unternehmen an, die üblicherweise der/die Verletzte/Kranke verrichtet hat?</p> <p><input type="checkbox"/> tägliche Arbeiten: _____ Umfang (Stunden täglich): _____</p> <p><input type="checkbox"/> saisonale Arbeiten: _____ bis voraussichtlich: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Außenarbeiten: _____ auf _____ Hektar bis ca.: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Sonstiges: _____</p> <p>2. Hat sich seit Einsatzbeginn der Arbeitskräftebesatz verändert?</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar: _____</p> <p>3. andere/weitere Gründe für besondere Verhältnisse im Betrieb:</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar: _____</p>			
<b>C. Angaben zur familiären Situation (bei Antrag auf/Mitteilung von Tatsachenangaben zur Haushaltshilfe)</b>			
<p>1. Für welche unaufschiebbaren Arbeiten wird Haushaltshilfe weiterhin benötigt?</p> <p><input type="checkbox"/> Arbeiten: _____ bis voraussichtlich: _____</p> <p>2. Hat sich die familiäre Situation seit Einsatzbeginn verändert?</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar: _____</p>			
<b>D. Angaben zum Gesundheitszustand</b>			
<p>1. Wie lange dauert die weitere Arbeitsunfähigkeit/Krankheit voraussichtlich an? (Es ist die Vorlage einer ärztlichen Bescheinigung erforderlich)</p> <p>_____</p> <p>2. Wie lange und in welchem Umfang wird die Betriebs-/Haushaltshilfe voraussichtlich erforderlich sein?</p> <p>_____</p>			
<b>E. Unterschrift der ausgefallenen Person/Vertreter</b>			
_____		_____	
Datum		Unterschrift	
<p>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.</p>			