



Aktenzeichen:

| 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. Welche sonstigen Personen leben im Haushalt? (Bitte gegebenenfalls gesondertes Blatt beifügen.) | | | | | | | | |
| Name, Vorname | Geburtsdatum | Verwandschafts-/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: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, in folgendem Unternehmensteil: <input type="checkbox"/> Brennerei <input type="checkbox"/> Gästezimmer <input type="checkbox"/> Pferdepension <input type="checkbox"/> Biogasanlage <input type="checkbox"/> Hofladen <input type="checkbox"/> sonstige: _____ | | | | | | | | |
| 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 <input type="checkbox"/> Boxenauslaufstall <input type="checkbox"/> Anbindestall <input type="checkbox"/> Sonstige _____ Melken <input type="checkbox"/> Melkstand <input type="checkbox"/> Eimermelkanlage <input type="checkbox"/> Absauganlage <input type="checkbox"/> Melkroboter Entmistung <input type="checkbox"/> technisiert <input type="checkbox"/> per Hand Fütterung <input type="checkbox"/> technisiert <input type="checkbox"/> per Hand | | | | | | | | |
| 4. Besonders aufwändige Arbeiten _____ | | | | | | | | |
| 5. Direktvermarktung <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar _____ | | | | | | | | |
| 6. Regelmäßige Arbeiten durch Lohnunternehmer <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar _____ | | | | | | | | |
| 7. beabsichtigte Betriebsabgabe <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar zum _____ | | | | | | | | |



Aktenzeichen:

H. Erklärung und Unterschrift des Antragstellers

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

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 vom oben 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.

**Sozialversicherung für Landwirtschaft,
Forsten und Gartenbau**

- Körperschaft des öffentlichen Rechts -



Aktenzeichen:

Weitere Anmerkungen: