



Antrag auf		<input type="checkbox"/> Betriebshilfe		<input type="checkbox"/> Haushaltshilfe				
A. Angaben zur ausgefallenen Person								
Name, Vorname (ggf. auch Geburtsname)				Geburtsdatum				
Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort				Mitgliedsnummer				
Telefon Vorwahl/Rufnummer _____			Telefax Vorwahl/Rufnummer _____					
1. Die ausgefallene Person ist normalerweise tätig im Unternehmen _____ im Haushalt _____ in sonstigen Unternehmensteilen _____ Stunden täglich Stunden täglich Stunden täglich								
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								
B. Grund der Antragstellung (Bitte Nachweise beifügen.)								
<input type="checkbox"/> Stationäre Krankenhausbehandlung ab _____ Tag, Monat, Jahr			<input type="checkbox"/> Arbeitsunfähigkeit ab _____ Tag, Monat, Jahr					
Art der Erkrankung/Diagnose _____								
<input type="checkbox"/> Rehabilitation ab _____ Tag, Monat, Jahr			Kostenträger der Maßnahme _____					
<input type="checkbox"/> Schwangerschaft/Mutterschaft voraussichtlicher Entbindungstag _____								
<input type="checkbox"/> Todesfall Todestag _____								
Falls ein Unfall vorliegt: <input type="checkbox"/> landwirtschaftlicher Arbeitsunfall <input type="checkbox"/> Sonstiger Unfall Unfalltag _____ Tag, Monat, Jahr								
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 <input type="checkbox"/> eine selbst beschaffte betriebsfremde Ersatzkraft zum Einsatz kommen. <input type="checkbox"/> eine Ersatzkraft gestellt werden, eine selbst beschaffte Ersatzkraft steht nicht zur Verfügung. Der Einsatz einer Ersatzkraft wird notwendig ab _____ Tag, Monat, Jahr								
D. Angaben zur gestellten Ersatzkraft (Bei mehreren Ersatzkräften, bitte gesondertes Blatt beifügen.)								
Name, Vorname der Ersatzkraft _____			Bezeichnung der Einsatzstelle _____ z. B. Maschinenring, Dorfhelferinnenstation					
E. Angaben zu selbst beschafften Ersatzkräften								
1. _____ Name, Vorname Geburtsdatum Beruf _____ Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort _____								
2. Ist die Ersatzkraft mit dem Unternehmer oder dessen Ehegatte/Lebenspartner verwandt oder verschwägert? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Art der Verwandt-/Schwägerschaft _____								
3. Ist die Ersatzkraft auch sonst haupt- oder nebenberuflich im Unternehmen tätig? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja								
4. Wird die Berufstätigkeit unterbrochen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, mit <input type="checkbox"/> bezahltem Urlaub <input type="checkbox"/> unbezahltem Urlaub								
F. Angaben zum Unternehmen/Haushalt								
1. Welche Personen arbeiten im Unternehmen/Haushalt mit? (z. B. Mitunternehmer, Ehegatten, hauptberuflich mitarbeitende Familienangehörige, Arbeitnehmer, Auszubildende, Praktikanten, Lebensgefährten, Alttenteiler)								
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

