



Aktenzeichen:

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.

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

5. Welcher Stundenlohn wurde mit der Ersatzkraft vereinbart? _____ €



Aktenzeichen:

F. Angaben zum Unternehmen/Haushalt

1. Welche Personen **arbeiten** im Unternehmen/Haushalt mit? (z. B. Mitunternehmer, Ehegatten, hauptberuflich arbeitende 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 | Verwandtschafts-/ Schwägerschaftsverhältnis | Tätigkeit/Berufsbezeichnung/ Pflegestufe |
|---------------|--------------|---|--|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

4. Welchen der im Haushalt lebenden Personen kann eine Mithilfe nicht zugemutet werden und gegebenenfalls aus welchen Gründen?



Aktenzeichen:

| | |
|--|--|
| 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"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in folgendem Unternehmensteil: <input type="checkbox"/> Brennerei <input type="checkbox"/> Gästezimmer <input type="checkbox"/> Pferdepenion <input type="checkbox"/> Biogas- anlage <input type="checkbox"/> Hofladen <input type="checkbox"/> _____ Sonstige Unternehmensteile | |
| 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 _____ Tag, Monat, Jahr | |
| 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. Eine eventuell anfallende Selbstbeteiligung kann von dem unter Punkt I. genannten Konto abgebucht werden. | |
| Datum _____ | Unterschrift der ausgefallenen Person / des Vertreters _____ |
| 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. | |