

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. Größe des gärtnerischen Unternehmens

| Kulturart | ha | Ar | qm |
|-------------------------|----|----|----|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| zusammen | | | |
| davon Hochglas | | | |
| davon Niederglas | | | |

Die Ersatzkraft soll auch in sonstigen Unternehmensteilen Tätigkeiten verrichten: ja nein

Wenn ja, in folgendem Unternehmensteil: Grabpflege Ladengeschäft Brennerei Gästezimmer

sonstige: _____

2. Besonders aufwändige Arbeiten _____

3. Direktvermarktung nein ja, und zwar _____

4. Regelmäßige Arbeiten durch Lohnunternehmer nein ja, und zwar _____

5. beabsichtigte Betriebsabgabe nein ja, und zwar zum _____

H. Erklärung des Antragstellers

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 folgendem Konto abgebucht werden:

Name und Sitz der Bank

BLZ

Kontoinhaber (nur erforderlich, falls nicht identisch mit oben genannter Person)

Kontonummer

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.