

ANTRAG AUF BEISTELLUNG EINER BETRIEBSHILFE

NAME des/der Versicherten: _____

VERSICHERUNGSNUMMER: _____

BETRIEBSADRESSE _____

Ich beantrage die Gewährung von Betriebshilfe im Wege der Sachleistung durch eine vom Verein "**Betriebshilfe für die Wirtschaft**" beigestellte Hilfskraft für den Zeitraum

_____ ab _____ bis _____ normaler Mutterschutz _____

Ich habe keinen Anspruch auf Wochengeld für die Zeit, in der vom Verein Betriebshilfe geleistet wird.

Die folgenden Fragen beantworte ich wahrheitsgemäß (Zutreffendes bitte ankreuzen):

Ich erkläre, dass ich bei der SVA-Gewerbe **PFLICHTKRANKENVERSICHERT** bin.

ART DES BETRIEBES: _____

Ist der Gewerbebetrieb:

aufrecht ja nein **ruhend gemeldet** ja nein **verpachtet** ja nein

Anzahl der Beschäftigten im Betrieb:

Keine

... Vollzeit Verwendung: _____

... Teilzeit ... Stunden Verwendung: _____

... geringfügig Beschäftigte Verwendung: _____

... Lehrlinge

Vorgesehene betriebliche Verwendung der Betriebshilfe: _____

Für Betriebshilfe vor der Entbindung

Voraussichtlicher Entbindungstag: _____

Bitte schließen Sie das ärztliche Zeugnis mit dem voraussichtlichen Geburtstermin bei.

Für Betriebshilfe nach der Entbindung

Wann haben Sie tatsächlich entbunden: _____

Bitte schließen Sie die standesamtliche(n) Geburtsbescheinigung(en), sowie ein ärztliches Zeugnis bei, aus dem hervorgeht, ob es sich um eine Normal-, Mehrlings-, oder Frühgeburt, bzw. um eine Kaiserschnittentbindung gehandelt hat.

Ich nehme zur Kenntnis, dass aufgrund unwahrer Angaben zu Unrecht bezogene Leistungen zurückgezahlt werden müssen.

Anzahl der Beilagen: _____

Datum _____
_____ Unterschrift der Versicherten

STELLUNGNAHME DES VERSICHERUNGSTRÄGERS

Betriebshilfe wird gewährt
Zeitraum des Anspruches vom _____ bis _____
BEI AUFRECHTER PFLICHTVERSICHERUNG

Betriebshilfe wird nicht gewährt:
Begründung _____

Datum _____ Stampiglie, Unterschrift SVA: _____

BEILAGE zum Antrag auf Beistellung einer Betriebshilfe

Wie haben Sie von der Betriebshilfe erfahren?

Telefon. Nr. Betrieb:

Fax-Nr.:

E-Mail:

Ihre Handy-Nr.:

Öffnungszeiten

Ihres Betriebes:

VON	BIS	P*	VON	BIS

Voraussichtliche Arbeitszeit BetriebshelferIn

– 40 h pro Woche:

VON	BIS	P*	VON	BIS

Montag
Dienstag
Mittwoch
Donnerstag
Freitag
Samstag
Sonntag

RUHETAGE:

P* = PAUSE: wenn an einem Arbeitstag mehr als 6 Stunden gearbeitet wird, ist im Laufe des Tages eine mind. 30-minütige Pause einzuhalten die nicht zur Arbeitszeit zählt

Freie Tage BetriebshelferIn:

Wenn an einem Sonntag gearbeitet wird, ist ein 2. Tag freizugeben.
Wenn an einem Feiertag gearbeitet wird, ist ein zusätzlicher Ersatztag freizugeben.

BENÖTIGTE UNTERLAGEN:

Kopie der entsprechenden Seiten des Mutter Kind Passes aus dem Ihr Name und der voraussichtlichen Geburtstermin hervorgehen oder Bestätigung vom Arzt