



Aktenzeichen:

<b>Fragebogen zur Beurteilung der Sozialversicherungspflicht von arbeitenden Familienangehörigen in der Land-, Forstwirtschaft sowie im Gartenbau</b>									
<b>A. Angaben zur Person des arbeitenden Familienangehörigen/Auszubildenden</b>									
Name, Vorname (ggf. auch Geburtsname)							Geburtsdatum		
Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort							Geburtsort		
Staatsangehörigkeit		Telefon Vorwahl/Rufnummer		Telefax Vorwahl/Rufnummer		Rentenversicherungs-Nr.			
<b>B. Angaben zum Unternehmer (Arbeitgeber)</b>									
Name, Vorname (ggf. auch Geburtsname)							Geburtsdatum		
Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort							Telefon Vorwahl/Rufnummer		
Betriebsnummer									
<input type="checkbox"/> Einzelunternehmer <input type="checkbox"/> Mitunternehmer in einer Personen- oder Kapitalgesellschaft Lohnunterlagen/Meldungen zur Sozialversicherung werden <input type="checkbox"/> selbst geführt <input type="checkbox"/> geführt von <div style="text-align: right; margin-top: 5px;">                     _____                      Name und Anschrift der Abrechnungsstelle                 </div>									
<b>C. Angaben zum Verwandtschafts-/Schwägerschaftsverhältnis</b>									
Mitarbeitende Familienangehörige i. S. der landwirtschaftlichen Sozialversicherung sind Verwandte bis zum dritten Grad und Verschwägerter bis zum zweiten Grad sowie Pflegekinder eines landwirtschaftlichen Unternehmers oder seines Ehegatten bzw. eingetragenen Lebenspartners. Als arbeitender Familienangehöriger gilt auch der Ehegatte oder eingetragene Lebenspartner des landwirtschaftlichen Unternehmers, wenn er mehr als geringfügig im landwirtschaftlichen Unternehmen beschäftigt ist.									
Der arbeitende Familienangehörige ist _____ im Verhältnis zum _____ <input type="checkbox"/> Sohn/Tochter <input type="checkbox"/> Vater/Mutter <input type="checkbox"/> Unternehmer <input type="checkbox"/> Ehegatte <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____									
<b>D. Angaben zur Tätigkeit des arbeitenden Familienangehörigen</b>									
<b>1. Arbeitszeit/Arbeitsentgelt</b>									
Beginn der Tätigkeit	voraussichtliches Ende der Tätigkeit	durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit					regelmäßiges Arbeitsentgelt		
		Arbeits-tage	Stunden	feste Arbeits-zeit	nach Belieben	unregel-mäßig	Monatslohn brutto in €	Stundenlohn brutto in €	keine Lohnzahlung
<input type="checkbox"/> unbestimmt am _____				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Sofern keine Lohnvereinbarung besteht: <input type="checkbox"/> Im Rahmen der familienhaften Mithilfe erhält der arbeitende Angehörige sonstige Leistungen: <input type="checkbox"/> Taschengeld in Höhe von monatlich _____ € <input type="checkbox"/> Verpflegung <input type="checkbox"/> Unterkunft <input type="checkbox"/> Sonstiges _____									
Werden die gewährten sonstigen Leistungen vom Unternehmer als Betriebsausgaben steuerlich geltend gemacht? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja									



Aktenzeichen:

2.	Wurde die Tätigkeit bereits schon einmal von der Deutschen Rentenversicherung Bund im Rahmen eines Statusfeststellungsverfahrens überprüft (z. B. als Minijob)? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (Falls ein Statusfeststellungsbescheid der DRV vorliegt, bitte Kopie beifügen.)
3.	Wird die Tätigkeit aufgrund einer arbeitsvertraglichen Vereinbarung oder eines Berufsausbildungsvertrages / sonstige Ausbildungsvereinbarung ausgeübt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (Falls ein Ausbildungsverhältnis vorliegt, bitte Kopie des Ausbildungsvertrags beifügen.)
4.	Ist der mitarbeitende Familienangehörige in den Betrieb wie eine fremde Arbeitskraft eingegliedert? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
5.	Hätte ohne die Mitarbeit des Angehörigen eine andere Arbeitskraft eingestellt werden müssen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
6.	Ist der mitarbeitende Angehörige an Weisungen des Betriebsinhabers über die Ausführung der Arbeit gebunden und wird das Weisungsrecht tatsächlich ausgeübt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
7.	Kann der mitarbeitende Angehörige seine Tätigkeit überwiegend frei bestimmen und gestalten? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
8.	Wirkt der mitarbeitende Angehörige bei der Führung des Betriebes (z. B. als ehemaliger Betriebsinhaber oder als Hofnachfolger) mit? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
9.	Ist die Mitarbeit – aufgrund familienhafter Rücksichtnahmen – durch ein gleichberechtigtes Nebeneinander zum Betriebsinhaber geprägt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
<b>E. Angaben zu weiteren Tätigkeiten des mitarbeitenden Familienangehörigen</b>	
1.	Steht der mitarbeitende Familienangehörige noch in einem weiteren Beschäftigungsverhältnis? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ Name und Anschrift des Arbeitgebers  durchschnittliche Arbeitszeit _____ Stunden pro Woche      Bruttoentgelt monatlich _____ €
2.	Übt der mitarbeitende Familienangehörige neben der Tätigkeit in Ihrem Unternehmen noch eine selbständige Erwerbstätigkeit aus? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ Art der selbständigen Erwerbstätigkeit  durchschnittliche Arbeitszeit _____ Stunden pro Woche      Jahreseinkommen _____ €  Die höheren Einnahmen werden erzielt <input type="checkbox"/> aus der Tätigkeit als mitarbeitender Familienangehöriger <input type="checkbox"/> aus der selbständigen Erwerbstätigkeit (bitte eine Kopie des letzten Einkommensteuerbescheids beifügen) In der selbständigen Tätigkeit werden Arbeitnehmer beschäftigt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Anzahl _____ (davon geringfügig Beschäftigte _____)
3.	Ist der mitarbeitende Familienangehörige am landwirtschaftlichen Unternehmen beteiligt (z. B. Mitunternehmer, Kapitaleinlagen, Flächen)? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ Art der Beteiligung



Aktenzeichen:

<b>F. Sonstige Angaben zum mitarbeitenden Familienangehörigen</b>	
1. Bisheriger Krankenversicherungsschutz bestand bis _____ bei _____ <small>Tag, Monat, Jahr                      Name des Versicherungsträgers (z. B. LKK, AOK, privat)</small> als _____ <small>Art der Versicherung (z. B. Familienversicherter, Arbeitnehmer)</small>	
2. Hat der mitarbeitende Familienangehörige Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge nach beamtenrechtlichen Vorschriften? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
3. Bezieht der mitarbeitende Familienangehörige eine Rente oder wurde eine Rente beantragt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja von _____ <small>Name des Rentenversicherungsträgers</small>	
4. Bezieht der mitarbeitende Familienangehörige Versorgungsbezüge (z. B. Betriebsrente, Pension, Kapitalabfindung)? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja von _____ <small>Zahlstelle (z. B. VBL, Landesamt für Besoldung und Versorgung)                      Aktenzeichen</small>	
5. In der Pflegeversicherung wird ein Beitragszuschlag für kinderlose Mitarbeiter erhoben. Hat der mitarbeitende Familienangehörige Kinder? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, <input type="checkbox"/> ein Nachweis ist beigelegt <input type="checkbox"/> ein Nachweis liegt der LKK bereits vor  In der Krankenversicherung können Familienangehörige unter bestimmten Voraussetzungen beitragsfrei mitversichert werden. Sollen Familienangehörige in die Familienversicherung aufgenommen werden? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (entsprechende Antragsformulare werden zugesandt)	
6. Ist der Ehegatte des mitarbeitenden Familienangehörigen ebenfalls als mitarbeitender Familienangehöriger in demselben Unternehmen mehr als geringfügig tätig? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, als _____ <small>Berufsbezeichnung</small>	
<b>G. Erklärung des Unternehmers und des mitarbeitenden Familienangehörigen</b>	
Wir versichern, die vorstehenden Fragen wahrheitsgemäß und den Tatsachen entsprechend beantwortet zu haben. Wir sind darüber informiert, dass Änderungen in den Verhältnissen zu einer anderen versicherungsrechtlichen Beurteilung führen können und es deshalb erforderlich ist, solche Änderungen umgehend der LKK mitzuteilen.	
_____ Datum	_____ Unterschrift des Unternehmers
_____ Datum	_____ Unterschrift des mitarbeitenden Familienangehörigen
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.	