



**Blinden- und Sehbehinderten-
Verband Sachsen-Anhalt e. V.**

Fragebogen zur Aufnahme

- als ordentliches Mitglied
 als förderndes Mitglied

Name: _____ Vorname: _____ geb. am: _____

PLZ, Ort _____ Straße: _____

Telefon / E-Mail: _____ Familienstand: _____

erlernter Beruf _____ jetzige Tätigkeit: _____

Grad der Sehbehinderung:

- Sehbehindert hochgradig sehbehindert blind

Ursache und Art der Sehbehinderung

Die Sehbehinderung ist im Alter von _____ Jahren eingetreten.

Liegen weitere anerkannte Behinderungen vor, wenn ja welche:

Angaben zum Schwerbehinderten-Ausweis:

Nummer des Ausweises: _____

Grad der Behinderung: _____

Merkzeichen:

G	aG	H	BI	RF	B
---	----	---	----	----	---

Höhe des Blindengeldes: _____ Euro

Besitzer eines anerkannten Blindenführhundes: ja nein

Haben Sie eine Blinden- und Sehbehinderten-Schule besucht: ja nein

Wenn ja, welche: _____

Haben Sie eine blinden- und sehbehindertenspezifische Ausbildung erhalten? ja nein

Wenn ja, welche und wo: _____

Haben Sie eine Rehabilitationsmaßnahme absolviert oder beantragt: ja nein

Wenn ja, welche und bei welchem Kostenträger: _____

Beherrschen Sie die Blindenschrift? ja nein
Wenn ja: Vollschrift Kurzschrift

Welcher Krankenkasse gehören Sie an? _____

Ich beantrage hiermit meine Aufnahme in den Blinden- und Sehbehinderten-Verband Sachsen-Anhalt e.V. und versichere, dass die vorstehenden Angaben der Wahrheit entsprechen. Gleichzeitig erkenne ich die Satzung und somit auch die Kündigungsfrist der Mitgliedschaft ausschließlich zum Ende eines Kalenderjahres an. Meine Mitgliedsbeiträge werde ich entsprechend den Festlegungen in der Satzung entrichten.

Ich bin damit einverstanden, dass mit meinen zu schützenden personenbezogenen Daten nach den Vorschriften des BDSG in der derzeit gültigen Fassung in meinem Sinne gearbeitet werden darf.

Datum und Ort: _____

Unterschrift: _____

Die Aufnahme des Antragsstellers / der Antragstellerin in den Verband wurde ab
_____ bestätigt / nicht bestätigt.

Der Aufnahmebetrag in Höhe von 3,00 Euro wurde entrichtet.

Stempel und Unterschrift: _____

✂ _____ bitte hier abtrennen _____ ✂

Beitragszahlung / Lastschrifteinzug

Mir ist bekannt, dass der Jahresbeitrag jährlich im I. Quartal zu entrichten ist.

Ich bin damit einverstanden, dass der Beitrag in Höhe von 64,00 € jährlich im Monat Januar / Februar / März von meinem Konto eingezogen wird.
(bitte Zutreffendes unterstreichen)

Konto-Nr: _____ BLZ: _____

Geldinstitut: _____

Name des Kontoinhabers (falls nicht Antragssteller): _____

Meinen Beitrag werde ich jährlich pünktlich im I. Quartal entrichten.

Datum und Ort: _____

Unterschrift: _____