

## 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 bis zu meinem schriftlichen Widerruf  
jährlich im Monat

Januar

Februar

März

(bitte Zutreffendes ankreuzen)

von meinem Konto eingezogen wird.

Konto-Nr: \_\_\_\_\_ BLZ: \_\_\_\_\_

Geldinstitut: \_\_\_\_\_

Name des Kontoinhabers (falls nicht Antragssteller): \_\_\_\_\_

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

Datum und Ort: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_