

Beitrittserklärung

(bitte zutreffendes ankreuzen ☒)

Titel, Vor- und Nachname weibl. männl. Angehöriger

.....

Adresse:

.....

Tel: E-Mail:

Staatsbürger: geb. am: SV-Nr:

Beruf:

Behinderung:

- | | | | |
|--|--|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> sehbehindert | <input type="checkbox"/> blind | <input type="checkbox"/> hörbehindert | <input type="checkbox"/> gehörlos |
| <input type="checkbox"/> gehbehindert | <input type="checkbox"/> amputiert | <input type="checkbox"/> querschnittgelähmt | |
| <input type="checkbox"/> lernbehindert | <input type="checkbox"/> chronisch krank | <input type="checkbox"/> psychisch krank | <input type="checkbox"/> mehrfach |

 sonstige:

Grad der Behinderung: Pflegegeld Stufe:

Ich benütze: Rollstuhl Elektro-Rollstuhl Rollmobil Rollator anderes Hilfsmittel:Ich habe Interesse: an einer Mitarbeit an Schulungen

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich einverstanden, dass die angeführten Daten maschinell gespeichert und ausschließlich zu meiner Betreuung bzw. Hilfestellung im Rahmen des ÖZIV verwendet werden.

.....

Ort, Datum

.....

Unterschrift

Bitte Passfoto für Mitgliedsausweis beilegen!