

Aufnahmeantrag ab:

Name:

Vorname:

Geburtsname:

Geburtsdatum:

Geburtsort:

Staatsangehörigkeit:

Straße / Nummer:

PLZ Ort:

Telefon privat:

Telefon dienstlich:

Handy:

E-Mail:

Ich möchte die Vereinszeitung in:

Blindenschrift

Großschrift

auf Daisy

per E-Mail

Die Beantwortung der folgenden Fragen steht Ihnen frei. Sie unterstützen uns aber hierdurch bei unserer Arbeit, die Angebote des Blinden- und Sehbehindertenvereins Hamburg e.V. weiterentwickeln zu können, sowohl vereinsintern als auch auf sozialpolitischer Ebene.

Wir versichern, dass wir diese Daten nur vereinsintern nutzen oder anonym (ohne Namen und Adresse) zu statistischen Zwecken.

Familienstand:

Tag der Eheschließung:

sehbehindert seit:

blind seit:

Ursache(n) der Erblindung:

Haben Sie andere Behinderungen?

Mobilitätstraining:

Ja

Nein

in:

Mitgliedszeiten in anderen Blinden- und Sehbehindertenvereinen:

in: von: bis:

Blindenschrift: Ja Nein

Erhalten Sie Blindengeld? Ja Nein 50% 100%

Schulabschluss: Hauptschule mittlere Reife Abitur

abgeschlossenes Studium: Ja Nein Blindenschule: Ja Nein

erlernter Beruf:

berufstätig: Ja Nein seit wann?

ausgeübter Beruf:

Falls wir Sie nicht erreichen können, an wen können wir uns wenden?

Name: Telefon:

Ansprechpartner / Betreuer

Name: Telefon:

Auf den Blinden- und Sehbehindertenverein Hamburg e.V. bin ich aufmerksam geworden durch:

- mein Arzt / Augenarzt
- Sozialamt / Behörde
- Behördenbroschüre
- eine/n Bekannte/n, die /der schon im Blinden- und Sehbehindertenverein war
- einen Spendenaufruf
- Zeitungsartikel, Plakat, Radio- oder Fernsehsendung
- Internet
- ich habe Nummer und Adresse aus dem Telefonbuch
- weiss ich nicht mehr

Datum

Unterschrift