

Was spricht für einen Beitritt zur LEBENSHILFE?

Die LEBENSHILFE bietet ein großes Feld gemeinsamer Lebensgestaltung für Menschen mit und ohne Behinderungen.

Als Angehöriger eines Menschen mit geistiger Behinderung stehen Sie als Mitglied der LEBENSHILFE nicht allein!

Die Mitgliedschaft in der LEBENSHILFE erleichtert die Verständigung und ermöglicht die verschiedensten Kontakte. Persönliche Gespräche und Erfahrungsaustausch fördern den Dialog zwischen Interessierten und Fachleuten.

Die LEBENSHILFE bietet vielfältige persönliche Hilfestellungen in Notsituationen an, zum Beispiel Kurzzeitbetreuung für Menschen mit geistiger Behinderung.

Als Mitglied der LEBENSHILFE werden Sie umfassend informiert. Sie erhalten kostenlos die Zeitung der Bundesvereinigung Lebenshilfe.

Die Lebensqualität vieler behinderter Menschen konnte in den letzten Jahrzehnten dank wachsendem Verständnis der Bevölkerung, gesetzlicher Regelungen, neuer Erkenntnisse und Erfahrungen in Wissenschaft und Praxis bedeutend verbessert werden.

Es wurde viel getan, aber es bleibt noch viel zu tun. Helfen Sie mit!

Unterstützen Sie uns durch Ihre Mitgliedschaft, das Vereinsziel der LEBENSHILFE in die Tat umzusetzen: Die gesellschaftliche Eingliederung von Menschen mit Behinderung und der weitere Aufbau von lebensbegleitenden Hilfen

Antrag auf Mitgliedschaft

Ich beantrage hiermit als

- ☐ Mensch mit Behinderung (Mindestbeitrag z.Zt. jährlich 12,- €)
☐ Elternteil / Angehöriger (Mindestbeitrag z.Zt. jährlich 40,- €)
☐ Förderer (Mindestbeitrag z.Zt. jährlich 40,- €)

meine Aufnahme zum Verein „**Lebenshilfe für Menschen mit Behinderung**“, **Kreisvereinigung Osterholz e.V.** Ich bin bereit, einen Jahresbeitrag von € _____ steuerbegünstigt zu zahlen. Die Beitragshöhe richtet sich nach der Vereinsatzung § 5. Der Beitrag wird zum 15. April des laufenden Geschäftsjahres per SEPA-Lastschriftverfahren von dem genannten Konto eingezogen. Fällt dieser nicht auf einen Bankarbeitstag, erfolgt der Einzug am unmittelbar darauf folgenden Bankarbeitstag.

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Beruf: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

_____, den _____
Ort Datum Unterschrift

Im Rahmen unserer Tätigkeit verarbeiten wir personenbezogene Daten. Der Schutz dieser Daten ist uns wichtig. Genaue Informationen über die Datenverarbeitung finden Sie in unserer Datenschutzerklärung unter www.lebenshilfe-ohz.de/datenschutz

Anlage: SEPA-Lastschriftmandat

SEPA – Basislastschriftmandat

Zahlungsempfänger

Lebenshilfe für Menschen
mit Behinderung
Kreisvereinigung Osterholz e.V.
Loger Straße 35
27711 Osterholz-Scharmbeck

Ich ermächtige / wir ermächtigen den oben genannten Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem Konto / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich / weisen wir mein / unser Kreditinstitut an, die von dem oben genannten Zahlungsempfänger auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann / wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE31ZZZ00000089524

Mandatsreferenz: _____

☐ Mandat für einmalige Zahlung

☒ Mandat für wiederkehrende Zahlungen

Zahlungspflichtiger

Vorname und Name (Kontoinhaber)

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Land des Zahlungspflichtigen

Kreditinstitut Name

BIC

DE

LKZ PrüfZ IBAN

Ort

Datum

Unterschrift der / des Zahlungspflichtigen

Im Rahmen unserer Tätigkeit verarbeiten wir personenbezogene Daten. Der Schutz dieser Daten ist uns wichtig. Genaue Informationen über die Datenverarbeitung finden Sie in unserer Datenschutzerklärung unter www.lebenshilfe-ohz.de/datenschutz