

Beitrittserklärung

Persönliche Daten			
Familienname:		Vorname:	Titel:
PLZ:	Ort:		
Straße:		Hausnummer:	
Vers.Nr.:	Geb.Dat.:	Staatsbürgerschaft:	
Tel.:	Mobil:	E-Mail:	
<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> verheiratet	<input type="checkbox"/> geschieden	<input type="checkbox"/> verwitwet
<input type="checkbox"/> Ich bin berufstätig		<input type="checkbox"/> Ich bin nicht berufstätig:	
Erlerner Beruf:		<input type="checkbox"/> Heimbewohner	<input type="checkbox"/> Kind/Jugendlicher
Dienstgeber:		<input type="checkbox"/> Pensionist	<input type="checkbox"/> AMS
		<input type="checkbox"/> Pensionist mit Ausgleichszulage	<input type="checkbox"/> Sonstiges:

Welcher Bezirksgruppe möchten Sie angehören?				
<input type="checkbox"/> Feldkirchen	<input type="checkbox"/> Hermagor	<input type="checkbox"/> Klagenfurt	<input type="checkbox"/> Obervellach	<input type="checkbox"/> St. Veit
<input type="checkbox"/> Sarnitz/D.Griffen	<input type="checkbox"/> Spittal/Drau	<input type="checkbox"/> Villach	<input type="checkbox"/> Völkermarkt	<input type="checkbox"/> Wolfsberg

Haben Sie eine Behinderung?		
<input type="checkbox"/> ja, ich habe folgende Behinderung(en): (= ordentliches Mitglied)		<input type="checkbox"/> nein (= unterstützendes Mitglied)
Begünstigter Behinderter: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein (= Feststellungsbescheid vom BASB)	Behindertenpass: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Geworben durch:
	Grad der Behinderung: %	
Parkausweis §29b: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Rollstuhlfahrer: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Unzumutbarkeit der öffentlichen Verkehrsmittel §36: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Pflegegeldbezieher: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, Stufe:	

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich einverstanden, dass die angeführten Daten maschinell gespeichert und ausschließlich zu meiner Betreuung bzw. Hilfestellung verwendet werden. Des Weiteren erkläre ich mich einverstanden, dass meine Kontaktdaten, Geburtsdatum, Sozialversicherungsnummer sowie Art der Behinderung und weitere Gesundheitsdaten (insbesondere ärztliche Befunde, Patientenbriefe) an die für die Weiterbearbeitung zuständigen Stellen (GKK, BASB, PVA etc.) weitergeleitet werden. Im Falle eines Ansuchens um finanzielle Unterstützung erkläre ich mich einverstanden, dass auch meine finanziellen Daten (Kontoauszüge, Rechnungen etc.) an die Stellen weitergeleitet werden, bei denen um einen finanziellen Zuschuss angesucht wird.

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____

BEITRAGSORDNUNG

Jährliche Höhe der Mitgliedsbeiträge:

ORDENTLICHE MITGLIEDER:

Unsere „ordentlichen“ Mitglieder sind Personen mit Behinderung, wobei es hier nicht nötig ist, dass die-/derjenige über einen Behindertenpass verfügt. Auch durch Behinderungen wie z.B. Diabetes, Bandscheibenvorfälle, psychische Probleme oder auch chronische Erkrankungen jeder Art fallen Sie möglicherweise in die Kategorie „ordentliches“ Mitglied.

Heimbewohner (<i>Menschen mit Behinderung</i>)	€ 0,--
Jugendliche und Personen ohne Einkommen (<i>Menschen mit Behinderung</i>)	€ 15,--
Pensionisten mit Ausgleichszulage (<i>Menschen mit Behinderung</i>)	€ 15,--
Pensionisten (<i>Menschen mit Behinderung</i>)	€ 20,--
Berufstätige (<i>Menschen mit Behinderung</i>)	€ 25,--

UNTERSTÜTZENDE MITGLIEDER:

Unterstützende Mitglieder (<i>Menschen ohne Behinderung</i>)	€ 25,--
--	---------

„Unterstützende“ Mitglieder sind all jene Personen, die unseren Verband vor allem finanziell unterstützen wollen und die nicht behindert sind. Bitte beachten Sie, dass wir bei unseren unterstützenden Mitgliedern nicht unterscheiden, ob diese Personen ohne Einkommen, berufstätig oder in Pension sind. Der Mitgliedsbeitrag für diese Gruppe beträgt unabhängig davon immer 25,00 € jährlich.

Bei der Erstvorschreibung ordnen wir Sie aufgrund der von Ihnen umseitig angegebenen Daten der passenden Beitragsgruppe zu. Sollte diese aufgrund sich ändernder Lebensumstände (Erkrankung, Pensionierung, etc.) nicht mehr zutreffen, bitten wir Sie, uns zu kontaktieren. Vielen Dank!

EINZUGSERMÄCHTIGUNG:

Einmal jährlich lassen wir Ihnen einen Zahlschein zukommen – Sie haben dann die Möglichkeit, den Mitgliedsbeitrag per Banküberweisung oder bar bei uns im Landesgruppenbüro einzuzahlen. Alternativ können Sie uns auch eine Einzugsermächtigung erteilen und wir buchen den Mitgliedsbeitrag einmal pro Jahr von Ihrem Bankkonto ab:

Hiermit ermächtige ich den ÖZIV Kärnten, Gerbergasse 32, 9500 Villach, bis auf schriftlichen Widerruf, den jährlichen Mitgliedsbeitrag von meinem Bankkonto einzuziehen.

ACHTUNG: Ab 2014 bitte **IBAN und BIC** anstatt Kontonummer und Bankleitzahl angeben. Ansonsten kann Ihre Einzugsermächtigung nicht verarbeitet werden! Vielen Dank!

Familienname:	Vorname:
Straße, Nr.:	PLZ, Ort:
IBAN:	BIC:
Ort, Datum:	Unterschrift: