

Beitrittserklärung

Nachbarschaftshilfe Schöneck e.V.
Südliche Hauptstraße 12
61137 Schöneck

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zur Nachbarschaftshilfe Schöneck e.V. als

- Aktives Mitglied (Bitte 2. Seite ausfüllen)
 Passives Mitglied (ich kann keine Hilfe anbieten, möchte aber unter Umständen Hilfe annehmen)

Name: _____ Vorname: _____

Postleitzahl, Wohnort: _____ Straße: _____

Telefon/Fax: _____ Email: _____

Geburtsdatum: _____

Beitrag pro Kalenderjahr EUR 12,00 plus freiwillige Jahresspende EUR _____
= insgesamt EUR _____. (Nichtzutreffendes bitte streichen)

Einzugsermächtigung

Hiermit ermächtige ich den Verein für Nachbarschaftshilfe Schöneck e.V. widerruflich, oben genannten Betrag von folgendem Konto abzubuchen:

Gläubiger-Identifikationsnummer DE 90 ZZZ 000 009 941 51

SEPA-Lastschriftmandat: Ich ermächtige den Verein, von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich meine Bank an, die von der Nachbarschaftshilfe auf mein/unser Konto gezogene SEPA-Lastschrift einzulösen: Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meiner Bank vereinbarten Bedingungen.

DE ___ / ___ / ___ / ___ / ___ / _____

IBAN Nr.

BIC

Geldinstitut

Datum / Unterschrift

Beitrittserklärung

Aktive Mitglieder:

Ich biete folgende Hilfen an: (zutreffendes bitte ankreuzen)

	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa
Vormittag						
Nachmittag						
Abend						

1. Besuchsdienste, Begleitungen

- Krankenhaus
- Vorlesen/zuhören
- Spazieren gehen
- Altenheim
- Arztbesuche
- Behördengänge

2. Betreuung bei Abwesenheit / Krankheit

- Briefkasten leeren
- von Tieren
- Straße kehren
- der Wohnung (gießen u.a.)

3. Haushalts- und Einkaufshilfen

- Einkaufen
- Gardinen waschen/aufhängen (kleine)
- Fenster putzen (kleine)

4. Garten- und Grabpflege

- leichte Gartenarbeiten
- Grabpflege

5. Kinderbetreuung (bei Verhinderung der Eltern)

- Kurzzeitige Beaufsichtigung
- bei Hausaufgaben

6. Beratung / spezielle Dienste

- Formulare ausfüllen
- Hilfe am PC
- Schriftverkehr
- Bürodienst

7. Andere Hilfsleistungen

8. Auto vorhanden?

- Ja
- Nein

Rollstuhl-Transport möglich?

- Ja
- Nein

9. Die folgenden Angaben helfen uns, wenn wir besondere Fähigkeiten benötigen oder eine ungewöhnliche Aufgabe zu lösen haben. Die Angaben sind freiwillig.

Beruf / ausgeübte Tätigkeit: _____

Angestellt

Selbständig