



## Antrag auf Mitgliedschaft

Vorname / Nachname:

Straße / Hausnummer

PLZ / Wohnort:

Geburtsdatum:

Kreis:

Telefon:

E-Mail:

Art Ihrer Augenerkrankung:

Sehrest in %:

▪ **Bitte Nachweis über den Sehrest und Kopie des Schwerbehindertenausweises beifügen.**

beziehen Sie Blindengeld	Ja	Nein	Beantragt
--------------------------	----	------	-----------

Sind Sie alleinstehend?		Ja	Nein
-------------------------	--	----	------

Haben Sie einen CD-Player / Daisy-Player?		Ja	Nein
---	--	----	------

Welche weiteren Hilfsmittel benutzen Sie :

Wünschen Sie ein Beratungsgespräch?		Ja	Nein
-------------------------------------	--	----	------

Eintrittsdatum:

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_