

# Ermöglichen Sie Teilhabe und Inklusion

Werden Sie Mitglied bei der  
Lebenshilfe Main-Taunus e.V.!



Werden Sie Mitglied und bewirken Sie etwas!

**Sie möchten sich für Inklusion und Teilhabe von Menschen mit Beeinträchtigung stark machen?**

**Dann werden Sie Mitglied in unserem Verein!**

Die Lebenshilfe Main-Taunus e.V. engagiert sich für Menschen mit Behinderungen und setzt sich für ihre Rechte und Bedürfnisse ein. Als Mitglied unterstützen Sie diese wichtige Arbeit und leisten einen positiven Beitrag zur Inklusion und Teilhabe von Menschen mit Beeinträchtigung. Außerdem können Sie sich aktiv beteiligen, indem Sie sich im Vorstand bei uns engagieren.

Ihre Meinung zählt!

Bei der jährlichen Mitgliederversammlung können Sie sich direkt einbringen. Auf der Mitgliederversammlung bekommen Sie ebenfalls alle wichtigen Informationen und spannende Einblicke in die Lebenshilfe Main-Taunus e.V.!

Ihre Mitgliedschaft hilft!

Ihre Mitgliedschaft hilft uns, unsere Angebote für Menschen mit Beeinträchtigung im gesamten Main-Taunus-Kreis auszubauen. Ebenfalls profitieren Sie von einer Mitgliedschaft und erhalten Zugang zu relevanten Informationen und aktuellen Entwicklungen im Bereich der Behindertenarbeit und haben die Möglichkeit, an verschiedenen Veranstaltungen und Workshops teilzunehmen.



## Jetzt Mitglied werden!

Ich beantrage den Beitritt zur Lebenshilfe für Menschen mit Behinderung Kreisvereinigung Main-Taunus e.V. unter Anerkennung der Satzung und Beitragsordnung und Zahlung eines steuerbegünstigten jährlichen Mitgliedsbeitrags von \_\_\_\_\_ € (Mindestbeitrag jährlich 40,00 €, für Menschen mit Behinderung gemäß Satzung nur 10,00 €)

Der jährliche Mitgliedsbeitrag wird zum 15.03. des Jahres eingezogen. Selbstzahler entrichten den jährlichen Beitrag mit Beginn der Mitgliedschaft und in den Folgejahren bis zum 15.03. des Jahres.

### Persönliche Daten:

---

Vorname und Name

---

Geburtsdatum

---

Ansprechpartner bei Firma, Verband, Körperschaft, sonstiger Institution

---

Straße Postleitzahl, Ort

---

Telefon/Fax/E-Mail

Folgende Angaben sind freiwillig. Zutreffendes bitte ankreuzen:

- |                                                    |                                       |                                                 |
|----------------------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Elternteil                | <input type="checkbox"/> Angehörige*r | <input type="checkbox"/> Mitarbeitende*r        |
| <input type="checkbox"/> gesetzliche*r Betreuer*in | <input type="checkbox"/> Förderer*in  | <input type="checkbox"/> Mensch mit Behinderung |

---

Vorname, Name und Geburtsdatum der Person, die von der Lebenshilfe Main-Taunus e.V. betreut wird.

Bitte kreuzen Sie an, auf welchem Weg wir Sie kontaktieren dürfen.

- |                                     |                                     |
|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> postalisch | <input type="checkbox"/> per E-Mail |
|-------------------------------------|-------------------------------------|

### Datenschutzrechtliche Einwilligung

Ich willige ein, dass die o. g. Daten per EDV zum Zweck der Mitgliederverwaltung, zum Ausstellen von Bescheinigungen und für Informationen an mich erhoben und verarbeitet werden dürfen. Eine Datenübermittlung an Dritte erfolgt nicht. Nur Name und Anschrift werden als Versandadresse für die Lebenshilfe Zeitung an die Bundesvereinigung Lebenshilfe weitergeleitet. Wenn ich keine Informationen erhalten möchte, kann ich diese Einwilligung jederzeit widerrufen. Meine Daten werden nach Vereinsaustritt gelöscht, es sei denn gesetzliche Aufbewahrungsvorschriften stehen dem entgegen.

---

Datum, Ort

Unterschrift

**Hier geht es online zum Beitrittsantrag!**





## SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer:  
DE60ZZZ0000484859

Ich ermächtige die Lebenshilfe für Menschen mit Behinderung Kreisvereinigung Main- Taunus e.V., den jährlichen Mitgliedsbeitrag in Höhe von \_\_\_\_\_ € von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Das Lastschriftverfahren erfolgt zum 15.03. des jeweiligen Jahres bzw. mit Beginn der Mitgliedschaft.

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

Die Lastschriftmandatsreferenz wird Ihnen separat mitgeteilt.

Dieses SEPA-Lastschriftmandat gilt für den Mitgliedsbeitrag von

---

---

Vorname und Name

---

Kontoinhaber

DE \_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_

IBAN

---

BIC, Kreditinstitut

---

Datum

Unterschrift des Kontoinhabers