

**Lebenshilfe für Menschen mit  
geistiger Behinderung  
Neuss e.V.**  
Hamtorwall 16  
41460 Neuss  
Tel. 02131 / 36918-0  
Fax 02131 / 36918-30  
kontakt@lebenshilfe-neuss.de

## Antrag auf Mitgliedschaft

Name

---

Vorname

---

Straße

---

PLZ/Ort

---

Telefon

---

Telefax

E-Mail

---

**Gewünschte Mitgliedschaft** (Bitte ankreuzen)

**Einzelperson**

**Jahresbeitrag: 40,00 Euro**

**Familien** (einschl. Kinder bis 18 Jahre)

**Jahresbeitrag: 60,00 Euro**

Name des Ehepartners

---

Name des/r Kindes/r

---

**Menschen mit einer geistigen  
Behinderung** (ab 18. Lebensjahr)

**Jahresbeitrag: 20,00 Euro**

Geb.-Datum

---

gesetzliche Betreuung  nein  ja, durch

Name

---

Anschrift

---

Telefon

---

**Jugendliche bis 18 Jahre**

**Jahresbeitrag: 12,00 Euro**

(sowie Auszubildende, Mitarbeiter/innen im Bundesfreiwilligendienst, im freiwilligen sozialen Jahr und Studenten bis zum Lebensalter von 27 Jahre)

Geb.-Datum

---

Haben Sie ein Kind mit Behinderung/ einen  
Angehörigen mit Behinderung

nein  ja

Name

Geburtsdatum

Adresse

Welche Einrichtung besucht das Kind / der Angehörige?

Kindergarten

Schule

Wohnheim

Werkstatt

Wie wurden Sie auf die Lebenshilfe aufmerksam?

Sind Sie in weiteren vergleichbaren Vereinen oder Organisationen Mitglied?

ja  nein wenn ja, in welchen?

Ich möchte die Zeitung der Bundesvereinigung Lebenshilfe regelmäßig und  
kostenlos erhalten.

Sie können uns den Mitgliedschaftsantrag per Brief oder per Fax zukommen lassen:  
Bei Rückfragen stehen wir Ihnen gerne unter der Tel.-Nr. 02131 / 36918-0 zur Verfügung.

Datum

Unterschrift

Unterschrift (gesetzliche/r Vertreter/in,  
oder bei Familienmitgliedschaft des/r Partners/in)

Datum

Unterschrift Vorstand zur Aufnahmebestätigung

## Abbuchungserlaubnis

Nachname Vorname

---

Straße Hausnummer

---

Postleitzahl Ort

---

Telefon (tagsüber) \* Telefon (abends) \*

---

Telefax \* E-Mail \*

---

\* Angabe freiwillig

Ich ermächtige hiermit die Lebenshilfe Neuss e.V. widerruflich, den von mir/uns zu zahlenden Jahresbeitrag bei Fälligkeit von dem folgenden Konto im Lastschriftverfahren einzuziehen:

IBAN BIC

---

Kontoinhaber

---

Sparkasse / Bank

---

Gläubigernummer: DE53 ZZZ0 0000 3972 00

Mandatsreferenz: Debitorennummer

(wird von der Buchhaltung eingetragen)

Datum Unterschrift

---

Bitte lassen Sie sich ein Zweitexemplar für Ihre Unterlagen ausdrucken und senden uns das unterschriebene Formular per Post, per Fax oder als PDF-Datei per Mail zu. Herzlichen Dank!