

# Aufnahmeantrag

LAG AVMB BW  
Brunnenwiesen 27  
70619 Stuttgart

## ORGANISIERTES MITGLIED

Wir sind eine Organisation von Eltern/ Angehörigen/ gesetzlichen Betreuern von Menschen mit geistiger Behinderung in Baden-Württemberg:

Name / Zugehörigkeit bzw. Zuordnung zu einem Leistungsträger/ -erbringer / Fraktion des Fach- bzw. Trägerverbands (s.u.)

Wir möchten die Zielsetzungen der LAG AVMB Baden-Württemberg e.V. unterstützen und beantragen daher die Aufnahme als ORGANISIERTES MITGLIED. Den Vorsitz unserer Angehörigenorganisation hat:

Name, Vorname, Post-Adresse und eMail

- Die Mitgliedsbeiträge i. H. von \_\_\_\_\_ EUR/Jahr
- überweisen wir jährlich im Januar im voraus auf das Konto der LAG AVMB BW:
- IBAN DE84 6009 0800 0012 9582 01  
BIC GENODEF 1S02  
bei der Sparda-Bank Baden-Württemberg
- überweisen wir nach Rechnungsstellung.

Bitte  
ankreuzen!

Mindest-Mitgliedsbeitrag für Angehörigenorganisationen für Menschen mit geistiger Behinderung (MmB):

in Einrichtungen mit bis zu 100 MmB 100.- EUR = 2 Plätze  
in Einrichtungen mit bis zu 250 MmB 250.- EUR = 4 Plätze  
in Einrichtungen mit über 250 MmB 500.- EUR = 6 Plätze  
Selbsteinschätzung der Einrichtungsgröße durch Sie selbst.  
Der Beitrag kann auf Antrag befristet ermäßigt werden.

### Die Satzung der LAG AVMB BW haben wir erhalten und stimmen dem Anhang zum Datenschutz zu.

Datum	Unterschrift für die Angehörigenorganisation	
Datum	Name, Vorname/ Straße + Nr./ PLZ Ort/ Tel./ eMail	Unterschrift des 1. Vertreters / der Vertreterin bei der LAG AVMB BW
Datum	Name, Vorname/ Straße + Nr./ PLZ Ort/ Tel./ eMail	Unterschrift des 2. Vertreters / der Vertreterin bei der LAG AVMB BW
Datum	Name, Vorname/ Straße + Nr./ PLZ Ort/ Tel./ eMail	Unterschrift des 3. Vertreters / der Vertreterin bei der LAG AVMB BW
Datum	Name, Vorname/ Straße + Nr./ PLZ Ort/ Tel./ eMail	Unterschrift des 4. Vertreters / der Vertreterin bei der LAG AVMB BW
Datum	Name, Vorname/ Straße + Nr./ PLZ Ort/ Tel./ eMail	Unterschrift des 5. Vertreters / der Vertreterin bei der LAG AVMB BW
Datum	Name, Vorname/ Straße + Nr./ PLZ Ort/ Tel./ eMail	Unterschrift des 6. Vertreters / der Vertreterin bei der LAG AVMB BW

Unsere Angehörigenorganisation arbeitet in einer Einrichtung zur Teilhabe von Menschen mit geistiger Behinderung mit folgender (Fraktions-) Zugehörigkeit:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ANTHROPOSOPHIE                       | <input type="checkbox"/> CARITAS        |
| <input type="checkbox"/> DIAKONIE                             | <input type="checkbox"/> LEBENSHILFE    |
| <input type="checkbox"/> _____<br>Anderer Träger oder Verband | <input type="checkbox"/> keine FRAKTION |

Hinweis:

Diese Angaben beziehen sich auf § 10 der Satzung.

Name und Ort der Einrichtung/ des Leistungserbringers bzw. des Leistungsträgers

Aufgenommen: \_\_\_\_\_ gezeichnet: \_\_\_\_\_ Code: \_\_\_\_\_ Mitglieds-Nr.: \_\_\_\_\_  
Datum Vorstandsvorsitzende/