**Antrag auf Mitgliedschaft**

**Ich möchte bei der Schweizerischen Caritasaktion der Blinden (CAB) als aktives Mitglied beitreten.**

**1 Personalien**

Name \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Strasse \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefon privat \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefon Geschäft\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Mobile \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-Mail privat \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-Mail Geschäft \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Zivilstand \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**2 Welche Erwartungen haben Sie an die CAB?**

* 1. Bildungs- und Freizeitangebote

Welche?

* 1. Beratung und Begleitung

🞏 Ja

🞏 Nein

* 1. Angebote aus der Blindenbibliothek

🞏 Ja

🞏 Nein

* 1. Teilnahme an den Sektionsanlässen und gegenseitige Unterstützung

🞏 Ja

🞏 Nein

* 1. Interessiert an religiösen Themen

🞏 Ja

🞏 Nein

* 1. Möchten Sie sich in einem Gremium einer Sektion beteiligen

🞏 Ja

🞏 Nein

Wenn Ja, für was \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* 1. Weitere Erwartungen

Welche \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* 1. Audiozeitschrift (kostenlos) „Das gute Wort“ 4xjährlich

🞏 Ja

🞏 Nein

**2 Welcher Sektion möchten Sie angehören?**

🞏 Zentralschweiz

🞏 Ostschweiz

🞏 Aargau, Zürich, Zug

🞏 Freiburg, Waadt, Genf, Unterwallis

🞏 Oberwallis

🞏 Tessin

🞏 Bern, Solothurn, Basel

**3 Grad der Sehbehinderung**

🞏 Sehrest

🞏 Blind

🞏 Taubblind

🞏 Stark sehbehindert

🞏 Stark seh- und hörbehindert

🞏 Können Sie Braille lesen?

**4 Verfügen Sie über einen Computer?**

🞏 Ja

🞏 Nein

**5 Auf welche Hilfeleistungen von Dritten sind Sie angewiesen?**

Bitte um kurzen Beschrieb

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

**Vielen Dank für Ihre Anmeldung. Die CAB-Mitglieder freuen sich auf Sie.**