**Antrag auf Mitgliedschaft**

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

**1 Personalien**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

* 1. Kurse und Freizeitangebote

🞏 Ja, welche?

* 1. Beratung und Begleitung

🞏 Ja

* 1. Teilnahme an den Sektionsanlässen und gegenseitige Unterstützung

🞏 Ja

* 1. Interessiert an religiösen Themen

🞏 Ja

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

🞏 Ja, für was \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* 1. Weitere Erwartungen

Welche? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* 1. Audiozeitschrift (kostenlos) „Das gute Wort“ 6xjährlich

🞏 Ja

**2 Welcher Sektion möchten Sie angehören?**

🞏 Bern, Solothurn, Basel

🞏 Ostschweiz

🞏 Oberwallis

🞏 Zentralschweiz

🞏 Waadt, Genf, Unterwallis

🞏 Tessin

**3 Grad der Sehbehinderung**

🞏 Stark sehbehindert oder Sehrest

🞏 Blind

🞏 Hörsehbehindert

🞏 Taubblind

🞏 Können Sie Braille lesen?

**4 Verfügen Sie über einen Computer?**

🞏 Ja

**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.**