

# Antrag auf ordentliche Mitgliedschaft

Anschrift / Stempel der Bezirksgruppe



Herzlich  
willkommen!

Gemäß § 5 Absatz 1 der Satzung des Bayerischen Blinden- und Sehbehindertenbundes e. V. (BBSB) kann jede Person Mitglied werden, die sehbehindert, blind, höresehbehindert oder taubblind ist oder deren Erkrankung zur Sehbehinderung oder Erblindung führen kann. Sie muss ihren ständigen Wohnsitz in Bayern haben. **Hiermit beantrage ich die Aufnahme in den Bayerischen Blinden- und Sehbehindertenbund e. V. und erkläre, dass die Voraussetzungen des § 5 der Satzung für meine Person zutreffen.**

## Persönliche Daten:

\_\_\_\_\_  
**Nachname**

\_\_\_\_\_  
**Geburtsname**

\_\_\_\_\_  
**Vorname**

\_\_\_\_\_  
**geboren am**

\_\_\_\_\_  
Staatsangehörigkeit

### Wohnanschrift:

\_\_\_\_\_  
Straße, Haus-Nr.

\_\_\_\_\_  
PLZ, Wohnort

\_\_\_\_\_  
Ortsteil / Gemeinde

### Zweite Anschrift:

\_\_\_\_\_  
Straße, Haus-Nr.

\_\_\_\_\_  
PLZ, Wohnort

\_\_\_\_\_  
Ortsteil / Gemeinde

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

\_\_\_\_\_  
Telefon geschäftlich

\_\_\_\_\_  
Telefon Mobil

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

### Gesetzlicher Vertreter:

\_\_\_\_\_  
**Vorname**

\_\_\_\_\_  
**Nachname**

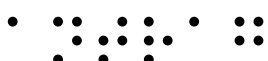
\_\_\_\_\_  
**Straße, Haus-Nr.**

\_\_\_\_\_  
**PLZ, Wohnort**

\_\_\_\_\_  
**Telefon**

\_\_\_\_\_  
Telefon Mobil

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



## Kostenlose akustische Vereinszeitschrift

Mitglieder des BBSB erhalten die Vereinszeitschrift „**Bayernrundschau**“ und das Jugendmagazin „**Bayernrundschlag**“ (zusammen auf einer CD) kostenlos. Die beiden Magazine erscheinen in dbsv-inform im DAISY-Format.

Mitglieder, die dbsv-inform nicht beziehen möchten, sondern nur Bayernrundschau / Bayernrundschlag alleine, vermerken dies bitte hier:

**Ich wünsche Informationen über die Hörbücherei für Blinde, Seh- und Lesebeeinträchtigte e. V. (BBH)**

## Als Nachweis über meine Augenerkrankung lege ich vor:

Augenärztliches Attest vom \_\_\_\_\_

Schwerbehindertenausweis vom \_\_\_\_\_

Merkzeichen \_\_\_\_\_

Blindengeldbescheid vom \_\_\_\_\_

Sehbehindertengeldbescheid vom \_\_\_\_\_

Taubblindengeldbescheid vom \_\_\_\_\_

Hör- / Sehbehindertengeldbescheid vom \_\_\_\_\_

Einen anderen amtlichen Nachweis und zwar

## Wie sind Sie auf den BBSB aufmerksam geworden:

Presse

Augenarzt

Sehbehindertenambulanz

Blickpunkt Auge

Internet

ZBFS

Von Mitglied / andere Person

Sonstiges \_\_\_\_\_

## Mitgliedsbeitrag

Barzahlung

Überweisung

Einzugsermächtigung (SEPA-Mandat)

Ich ermächtige den Bayerischen Blinden- und Sehbehindertenbund e.V. (BBSB) Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom BBSB auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. 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.

\_\_\_\_\_

IBAN

\_\_\_\_\_

BIC

Kreditinstitut

\_\_\_\_\_

Name des Kontoinhabers falls abweichend

Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts (siehe oben) keine Verpflichtung zur Einlösung. Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen. Die bei einer Rückbelastung entstehenden Gebühren trägt der Zahlungspflichtige in voller Höhe.

\_\_\_\_\_

Ort, Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift

**Stellungnahme der  
Bezirksgruppenleitung:**

---

---

---

---

---

---

---

---

**Antragsteller ist / hat**

- eine Erkrankung, die zu Sehbehinderung / Erblindung führen kann
- wesentlich sehbehindert  
(1/20 bis 3/10 auf dem besseren Auge oder gleichartige Sehbeeinträchtigung)
- hochgradig sehbehindert  
(Visus 1/50 bis 1/20 auf dem besseren Auge oder gleichartige Sehbeeinträchtigung)
- blind  
im Sinne von Artikel 1 Bay. Blindengeldgesetz

Im Zweifelsfall entscheidet gemäß § 5 Absatz 3 der Satzung der / die Landesvorsitzende über die Aufnahme. Aufnahmeantrag und alle Unterlagen sind ihm / ihr vor Entscheidung vorzulegen.

- Dem Antrag wird entsprochen
- Der Antrag wird abgelehnt
- Der Antrag wird gemäß § 5 Absatz 3 der Satzung zur Entscheidung weitergeleitet an den Landesvorsitzenden

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum                      Unterschrift der Bezirksgruppenleitung

**Entscheidung der/des  
Landesvorsitzenden:**

- Dem Antrag wird entsprochen
- Der Antrag wird abgelehnt

**Begründung:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum                      Unterschrift der / des Landesvorsitzenden

**Ihre Mitgliedskarte (DBSV-Karte) erhalten Sie mit einem separaten Schreiben direkt über den Deutschen Blinden- und Sehbehindertenverband e. V. (DBSV) aus Berlin.**



**BBSB**  
Bayerischer Blinden- und  
Sehbehindertenbund e.V.

Landesgeschäftsstelle  
Arnulfstraße 22 · 80335 München  
Telefon: 089 55988-0  
Fax: 089 55988-266  
Email: info@bbsb.org  
Internet: www.bbsb.org

Anschrift / Stempel der Bezirksgruppe

**Hinweis:** Die Angaben in diesem Erhebungsbogen sind freiwillig. Der Bayerische Blinden- und Sehbehindertenbund e.V. (BBSB) hat damit die Möglichkeit, Sie individuell und optimal zu beraten, zu informieren und Ihre Interessen zu vertreten.

Die Bestimmungen des Datenschutzes werden sorgfältig beachtet. Die Informationen dazu finden Sie im Antragsformular.

**Für Ihre Mühe danken wir Ihnen.**

(Zutreffendes bitte ausfüllen oder ankreuzen)

## 1. Name

1.1 Nachname

1.2 Vorname

## 2. Adresse

2.1 Straße und Haus-Nr.

2.2 Postleitzahl Wohnort

2.3 Landkreis / kreisfreie Stadt

## 3. Informationen gewünscht

Bitte nur **eine** Variante ankreuzen:

3.1  in Normalschrift

3.2  in Großdruck

3.3  per E-Mail

3.4  in Blindenkurzschrift

3.5  in akustischer Form auf CD

## 4. Angaben zur Person

4.1 Leben Sie allein?  Ja  Nein

4.2 Leben Sie in Gemeinschaft?  Ja  Nein

4.3 Leben Sie in einem Heim?  Ja  Nein

4.4 Beziehen Sie Blindengeld?  Ja  Nein

4.5 Haben Sie einen  
Blindenführhund?  Ja  Nein

## 5. Zusätzliche Erkrankungen / Behinderungen

- 5.1 Diabetes  Ja  Nein
- 5.2 Hörbehinderung  Ja  Nein
- 5.3 Taubheit  Ja  Nein
- 5.4 Geistige Behinderung  Ja  Nein
- 5.5 Pflegebedürftigkeit  Ja  Nein  
→ Wenn ja, bitte ankreuzen:
- 5.5.1  Pflegegrad 1
- 5.5.2  Pflegegrad 2
- 5.5.3  Pflegegrad 3
- 5.5.4  Pflegegrad 4
- 5.5.5  Pflegegrad 5

## 6. Augenerkrankungen

- 6.1 Meine Augenerkrankung besteht:  
→ Zutreffendes bitte ankreuzen:
- 6.1.1  seit Geburt
- 6.1.2  eingetreten bis zum 20. Lebensjahr
- 6.1.3  eingetreten zwischen dem 21. und 60. Lebensjahr
- 6.1.4  nach dem 60. Lebensjahr
- 6.2 Ursache der Augenerkrankung:  
→ Zutreffendes bitte ankreuzen:
- 6.2.1  Makula Degeneration
- 6.2.2  Augenerkrankung als Folge des Diabetes
- 6.2.3  Retinopathia Pigmentosa (RP)
- 6.2.4  Netzhauterkrankung auf Grund frühkindlicher Brutkastenbehandlung (retrolentale Fibroplasie)
- 6.2.5  Grüner Star (Glaukom)
- 6.2.6  Kurzsichtigkeit (Myopie)
- 6.2.7  Grauer Star (Katarakt)
- 6.2.8  Andere Augenkrankheit ...
- 

## 7. Berufstätigkeit

- 7.1 Welchen Beruf üben Sie aus?  

---
- 7.2 Sind Sie derzeit arbeitsuchend?  
 Ja  Nein

- 7.3 Wünschen Sie Beratung und Unterstützung im Arbeitsleben durch den Integrationsfachdienst?  
 Ja  Nein
- 7.4 Sind Sie Rentner?  
 Ja  Nein
- 7.5 Sind Sie in Ausbildung?  
 Ja, seit \_\_\_\_\_  Nein

## 8. Beratungsleistungen des BBSB

- 8.1 Wünschen Sie Unterstützung beim Antrag auf Sozialleistungen? (z. B. Nachteilsausgleiche im Schwerbehindertenrecht)  
 Ja  Nein
- 8.2 Wünschen Sie Informationen zum Angebot des Beratungs-, Informations- und Textservicezentrums (BIT)?  
Hier werden z. B. Texte in Großdruck, Blindenschrift, als barrierefreie Datei oder in akustischer Form umgesetzt.  
 Ja  Nein
- 8.3 Wünschen Sie regelmäßige Informationen über das AURA-Hotel Saulgrub GmbH?  
 Ja  Nein
- 8.4 Wünschen Sie eine Beratung über Hilfsmittel?  
 Ja  Nein
- 8.5 Sind Sie an Hilfen unseres ambulanten Reha-Dienstes interessiert?  
 Ja  Nein
- 8.6 Wünschen Sie eine Beratung zum Thema Blindenführhund?  
 Ja  Nein
- 8.7 Wünschen Sie eine Information zum Thema sportliche Möglichkeiten?  
 Ja  Nein
- 8.8 Wünschen Sie Informationen für selbst betroffene Eltern bzw. Familien mit betroffenen Kindern?  
 Ja  Nein

## 9. Versicherungen

- 9.1 Wünschen Sie Informationen zu den Versicherungsangeboten des BBSB e.V.?  
 Ja  Nein

## Sehr geehrte/r Antragsteller/in,

vielen Dank für die von Ihnen bereitgestellten Informationen. Um unseren datenschutzrechtlichen Pflichten nachzukommen, teilen wir Ihnen hiermit gemäß Artikel 13 der Europäischen Datenschutz-Grundverordnung die erforderlichen Informationen mit:

Verantwortlicher für die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten ist:

**Bayerischer Blinden- und Sehbehindertenbund e.V., Arnulfstraße 22, 80335 München**

Sollten Sie Fragen haben oder eine Kontaktaufnahme zu unserem Datenschutzbeauftragten wünschen, so ist dies unter folgender E-Mail-Adresse bzw. Telefonnummer möglich:

**michael.schoepf@s-con.de bzw. Telefon +49 171 3241977**

Die von Ihnen übermittelten personenbezogenen Daten werden zum Zweck der Antragstellung auf eine Mitgliedschaft bei dem Bayerischen Blinden- und Sehbehindertenbund e.V. gemäß Art. 6 Abs. 1 UAbs. 1 lit. b) DSGVO erhoben, verarbeitet und genutzt. Die Bereitstellung Ihrer personenbezogenen Daten ist zur Entscheidung und Begründung, sowie zur Durchführung der Mitgliedschaft erforderlich. Bei Nichtbereitstellung ist es uns leider nicht möglich, Sie als Mitglied im Bayerischen Blinden- und Sehbehindertenbund e.V. aufzunehmen. Die Daten auf dem Erhebungsbogen sind auf freiwilliger Basis anzugeben. Entscheiden Sie sich dagegen, hat die Nichtbereitstellung der Daten keine Folgen für Sie.

Eine automatisierte Entscheidungsfindung wird nicht vorgenommen.

Eine Weitergabe Ihrer personenbezogenen Daten erfolgt an folgende externe Stelle:

**Plasticard-ZFT GmbH, Reisewitzer Straße 82, 01159 Dresden**

Zur Beurteilung ihres Mitgliedsantrags wird dieser an die zuständigen Mitarbeiter innerhalb der Mitgliederverwaltung in der Landesgeschäftsstelle des BBSB e.V. weitergeleitet.

Eine Übermittlung an ein Drittland oder eine internationale Organisation der von Ihnen bereitgestellten personenbezogenen Daten findet nicht statt und ist auch nicht in Planung.

Ihre Daten werden bei uns für die Dauer ihrer Mitgliedschaft und darüber hinaus für bis zu 10 Jahre gespeichert, um die gesetzlichen Aufbewahrungsfristen zu erfüllen.

Gemäß Art. 15 DSGVO steht Ihnen ein Recht auf Auskunft über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu. Darüber hinaus steht es Ihnen frei, Ihre Rechte auf Berichtigung, Löschung oder, sofern das Löschen nicht möglich ist, auf Einschränkung der Verarbeitung und auf Datenübertragbarkeit gemäß der Artikel 16 – 18, 20 DSGVO geltend zu machen. Sollten Sie dieses Recht in Anspruch nehmen wollen, so wenden Sie sich bitte an unseren Datenschutzbeauftragten.

Weiterhin steht Ihnen das Recht zu, sich jederzeit bei der zuständigen Aufsichtsbehörde zu beschweren. Sollten Sie der Meinung sein, dass die Verarbeitung ihrer personenbezogenen Daten nicht unter Einhaltung der Datenschutzgesetze erfolgt, würden wir Sie höflich darum bitten, sich mit unserem Datenschutzbeauftragten in Kontakt zu setzen.

Weiterhin haben Sie gemäß Art. 13 Abs. 2 lit. b) DSGVO das Recht, jederzeit gegen die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu widersprechen.