

Beitrittserklärung

Unter Anerkennung der Satzung des Hessischen Behinderten- und Rehabilitation-Sportverbandes e.V. (HBRS) erklären wir hiermit den Beitritt unseres Vereins als **ordentliches Mitglied** in den HBRS zu sofort / zum _____

NAME DES VEREINS: _____

ANSCHRIFT: _____

KOMMUNIKATION: _____
(Tel. p. + d./Fax/Handy/E-Mail)

KONTOVERBINDUNG IBAN: _____

Der Verein ist Mitglied des Sportkreis: _____ LSB-Vereinsnummer: _____

VERANTWORTLICHE MITARBEITER/-INNEN IM BEHINDERTENSport:

FUNKTION _____ NAME, VORNAME und ANSCHRIFT / Tel.(p./ d.) / Fax / Handy / E-Mail _____

Abteilungsleiter/-in: _____

! Vereinsanschrift für den HBRS und die Leistungsträger!

Ärztin/Arzt: _____

Übungsleiter/-in: _____

Diese Anschriften werden beim HBRS EDV-technisch gespeichert/verarbeitet und nur zur Sicherung und Weiterentwicklung des Behinderten-/Rehabilitationssports/Funktionstrainings weitergegeben. Ohne gegenteilige Rückmeldung gehen wir davon aus, dass das Einverständnis der Personen vorliegt.

Der Verein wird mit den Daten (Adresse, Telefonnummer und E-Mail) der Ansprechpartnerin/des Ansprechpartners im Internet veröffentlicht. Ohne gegenteilige Rückmeldung gehen wir davon aus, dass das Einverständnis der Ansprechpartnerin/des Ansprechpartners vorliegt.

ÜBUNGSLEITER-LIZENZ:

- ☐ HBRS-Lizenz ist vorhanden
- ☐ Es liegt keine HBRS-Lizenz vor, vorhandene Qualifikationen sind diesem Aufnahmeantrag in Kopie beigelegt.

ANGEBOT:

Der Verein plant ein Angebot im Bereich:

- ☐ Rehabilitationssport (Antrag auf Anerkennung ist beigelegt: ☐)
- ☐ Allg. Breiten-/Wettkampfsport für Menschen mit Behinderungen
für folgende Behinderungsart/Zielgruppe _____ / Sportart _____.

Bitte beachten: Die Anerkennung als Leistungserbringer kann erst ausgesprochen werden, wenn alle Bedingungen zur Aufnahme erfüllt sind!

Wenn Rehabilitationssport/Funktionstraining angeboten/abgerechnet werden soll, benötigt der Verein/die Abteilung ein Institutionskennzeichen (IK). Wenn vorhanden, bitte im jeweiligen Antrag auf Anerkennung eintragen, ansonsten bitte beantragen bei der Arbeitsgemeinschaft IK, Alte Heerstr. 111, 53757 Sankt Augustin, Fax: 02241/2311334, Tel.: 02241/2311800.

**MITGLIEDERZAHL
DES BEHINDERTENSORT-VEREINS/DER BEHINDERTENSORT-ABTEILUNG
zum Zeitpunkt der Gründung**

1.) Mitglieder ab 18 Jahre

a) Behinderte

b) Nichtbehinderte

2.) Mitglieder bis einschließlich 18 Jahre

a) Behinderte

b) Nichtbehinderte

Gesamtzahl der Mitglieder: _____ **oder:**

Bitte ggf. ankreuzen: ☐
Die Gruppe ist noch in der
Gründungsphase. Die Teilnehmer-
zahl teilen wir direkt nach Beginn
des Sportbetriebes mit!

VERBANDS-MITGLIEDSBEITRAG/Jahr und Mitglied ab 1.1.2025:

Vereinsmitglieder	=	7,10 €
Teilnehmer am Rehasport ohne Mitgliedschaft	=	7,10 €
Nichtmitgliederversicherung	=	2,25 €

Die Mitgliedsbeiträge sind ab Aufnahmemonat zu entrichten. In den folgenden Jahren richtet sich der Beitrag nach dem Mitgliederbestand vom 1. Januar des Jahres (die Informationen zur Statistik-Meldung werden Ihnen jeweils im Dezember des Vorjahres mitgeteilt).

Wir versichern hiermit, dass die vorstehenden Angaben dem tatsächlichen Stand entsprechen.

Ort, Datum

Vereinsstempel

Unterschrift(en)
Berechtigte nach § 26 BGB

**Hessischer Behinderten- und Rehabilitations-Sportverband e.V., Esperantostraße 3, 36037 Fulda
0661 / 869769-0, 0661 / 869769-29 (Fax), geschaeftsstelle@hbrs.de, www.hbrs.de**