

Nachbarschaftshilfe,
Amt Büsum Wesselburen e.V.
gemeinsam-miteinander-füreinander



Die Nachbarschaftshilfe verfolgt schwerpunktmäßig die Ziele, ehrenamtliche Unterstützung für Vereinsmitglieder, die Hilfe in konkreten und alltäglichen Situationen benötigen, zu organisieren und durch Projekte einer Vereinsamung ihrer Mitglieder zu begegnen.

Aufnahmeantrag

Persönliche Daten: (Nach Art. 6 lit. B. DSGVO dürfen Mitgliedsdaten nur zu internen Zwecken verwendet werden. Nach § 15 DSGVO können Sie jederzeit Auskunft zu den Daten erhalten. Gemäß § 17 DSGVO können Sie jederzeit die Berichtigung, Löschung u. Sperrung personenbezogener Daten verlangen.)

Nachname: _____ Vorname: _____

Geb. Datum: _____

Anschrift: _____

Kontakt: Telefon: _____ Handy: _____

E-Mail: _____

☐ WhatsApp, Messenger

Jahresbeitrag (bitte per Lastschrift über SEPA-Mandat s.S. 3):

☐ Einzelperson (30,00 €/Jahr)

Familienmitglieder und PartnerInnen füllen bitte pro Person einen eigenen Antrag aus

Bankverbindung: Nachbarschaftshilfe, Amt Büsum Wesselburen e.V.:

**Spk. Mittelholstein, IBAN: DE54 2145 0000 0105 3454 58 BIC :
BIC:NOLADE21RDB**

Der Austritt ist jederzeit ohne Angabe von Gründen ohne Anspruch auf Beitragserstattung durch kurze formlose schriftliche Erklärung möglich Die Vereinssatzung ist mir bekannt und ich erkenne sie an.

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____

Senden: Per Post an: Bernd Kelle, Österstr.6a, 25764 Wesselburen oder per E-Mail an bernd_kelle@outlook.de

Zusatzfragebogen für aktiv ehrenamtlich Tätige

Name: _____

Wichtige Hinweise

Jede/jede bringt nur das ein, was er/sie kann und möchte (keinerlei Verpflichtung). Jede Stunde Zeiteinsatz hilft weiter. Auf Whatsapp oder als E-Mails werden die Hilfsanfragen bekannt gemacht. Wer etwas davon übernehmen kann, meldet sich unter der angegebenen Rufnummer beim Kontakttelefon und erhält dort dann die erforderlichen Informationen. Die Tätigkeit erfolgt als Helfer/in des Vereins im Sinne des § 57 AO und unterliegt im Rahmen der Ausübung stets den Weisungen des Vereins. Zu den Pflichten zählt insbesondere die Schweigepflicht gegenüber Außenstehenden. Mit der Unterschrift dieses Aufnahmeantrags stimmt der/die Antragstellende dieser Verschwiegenheitserklärung zu. Bei der Ausübung der Tätigkeit hat sich der/die Helfer/in als Mitglied des Vereins zu erkennen zu geben.

Die Abrechnung der Aufwandsentschädigungen für praktische Hilfen (7 € / Std) und von Kilometergeld (30 Ct./ km, innerorts pauschal 2 €) erfolgt direkt zwischen ehrenamtlich Tätiger/m und Empfänger/in bei bzw. nach der erbrachten Dienstleistung! Für eine eventuelle steuerliche Behandlung der ehrenamtlichen Aufwandsentschädigung ist jede/r ehrenamtlich Tätige selbst verantwortlich.

Bitte kreuzen Sie an bzw. notieren Sie, was Sie leisten können und wollen in Ihrem persönlichen Interessens- und Einsatzgebiet:

- ☐ Fahrdienst mit eigenem Pkw (30 Ct. Km, innerorts pauschal 2 €)
z.B. zu Arztterminen, Einkaufen, Besuch von Freunden, Veranstaltungen,

Besuchs- und Begleitdienst (KOSTENFREI)

- ☐ Spielen und/oder Lesen
☐ Spaziergänge
☐ Gespräche
☐ Musik, künstlerisches Gestalten
☐ Behördengänge
☐ Schriftverkehr etc.

Praktische Hilfsdienste, kleinere Reparaturen (7,-- € / Std.)

- ☐ Hilfe im Haushalt in Sonderfällen z.B. bei Krankheit oder Unfall
☐ Hilfe im Garten
☐ Wasser, Anschlüsse und Abflüsse
☐ Elektrik
☐ Computer, Smartphone, Internet, Drucker
☐ Kleine Reparaturen im und am Haus

Gesprächskreise und Selbsthilfegruppen

Ich kann folgenden Gesprächskreis anbieten,
bzw. folgende Selbsthilfegruppe leiten.

SEPA-Lastschriftmandat
SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:
Nachbarschaftshilfe Amt Büsum Wesselburen e.V.

Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address

Straße und Hausnummer / Street name and number:

Helgoländer Str. 14

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

25764 Wesselburen

Land / Country:

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor Identifier:

D E 7 6 Z Z Z 0 0 0 0 2 4 4 9 4 0 3

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen) / Mandate reference (to be completed by the creditor):

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann / Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

By signing this mandate form, you authorise (A) the creditor (name see above) to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from the creditor (name see above).

As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited.

Zahlungsart / Type of payment:

☒ Wiederkehrende Zahlung / Recurrent payment ☐ Einmalige Zahlung / One-off payment

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor name:

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor address:

* Angabe freigestellt / Optional information

Straße und Hausnummer / Street name and number:

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

Land / Country:

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 34 Stellen) / IBAN of the debtor (max. 34 characters):

BIC (8 oder 11 Stellen) / BIC (8 or 11 characters):

Hinweis: Die Angabe des BIC kann entfallen, wenn der Zahlungsdienstleister des Zahlungspflichtigen in einem EU-/EWR-Mitgliedsstaat ansässig ist.

Note: The BIC is optional when Debtor Bank is located in a EEA SEPA country.

Ort / Location:

Datum (TT/MM/JJJJ) / Date (DD/MM/YYYY):

0 9 . 1 2 . 2 0 2 1

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Signature(s) of the debtor: