### Anmeldung

### als

[ ]  **Aktivmitglied** [ ]  **Passivmitglied**

**Schweizerischer Blindenbund**

Selbsthilfe blinder und sehbehinderter Menschen



GEMEINSAM NACH VORNE SEHEN.

**Geschäftsstelle**

Friedackerstrasse 8

8050 Zürich

Tel. 044 317 90 00; Fax 044 317 90 01

info@blind.ch; [www.blind.ch](http://www.blind.ch)



Version 04/2022/GST

**Anrede:** [ ]  **Herr** [ ]  **Frau**

***Bitte in Blockschrift ausfüllen! Danke.***

**Name:**

**Vorname:**

**Strasse:**

**PLZ/Ort: Kanton:**

**Tel. P: Tel. G:**

**Beruf:**

**Geburtsdatum: Zivilstand:**

**Kontaktperson: Name, Tel. Nr., E-Mail:**

1. **Grad der Sehbehinderung:**

[ ]  **stark sehbehindert**

[ ]  **Sehrest**

[ ]  **blind**

**Seit wann?**

1. **Was erwarten Sie vom Schweizerischen Blindenbund?**
2. **Welcher unserer Regionalgruppen möchten Sie sich anschliessen?**

[ ]  **Bern** [ ]  **Nordwestschweiz** [ ]  **Wallis**

[ ]  **Ostschweiz** [ ]  **Zürich**

1. **Welche Beratungsstelle würden Sie ggf. aufsuchen?**

[ ]  **Aarau** [ ]  **Brig** [ ]  **Schaffhausen** [ ]  **Thun**

[ ]  **Uznach** [ ]  **Winterthur** [ ]  **Zürich**

1. **Können Sie Blindenschrift lesen:** [ ]  **Ja** [ ]  **Nein**

**Wenn ja:** [ ]  **Vollschrift** [ ]  **Kurzschrift**

Ich wünsche die Unterlagen des Schweizerischen Blindenbundes:

[ ]  **in Schwarzschrift**[ ]  **in Blindenschrift (Kurzschrift, nur in deutsch)**

[ ]  per E-Mail:

1. **Besitzen Sie:** [ ]  **Begleiterkarte („Ausweiskarte für behinderte Reisende“) der Schweiz. Transportunternehmen?**[ ]  **Jahreskarte für Blinde und Sehbehinderte des VöV (Nahverkehrsunternehmungen)?**
2. **Durch wen sind Sie auf den Schweizerischen Blindenbund aufmerksam gemacht worden?**
3. **Um ihre Aufgaben wahrnehmen zu können, sind unsere Regionalgruppen auf aktive Mitarbeit ihrer Mitglieder angewiesen.**

Könnten Sie sich vorstellen, später einmal in irgendeiner Weise mitzuhelfen? [ ]  Ja [ ]  Nein

(es bleibt Ihnen freigestellt, diese Frage zu beantworten)

1. **Ich möchte an den Veranstaltungen und Ausflügen der Regionalgruppe teilnehmen und wünsche die Einladungen zu erhalten**

[ ]  Ja [ ]  Nein

Ich bestätige, dass ich blind bzw. stark sehbehindert bin und erkläre hiermit meinen Beitritt zum Schweizerischen Blindenbund.

Ort und Datum: Unterschrift:

Die Beratungsstellen des Schweizerischen Blindenbundes

|  |  |
| --- | --- |
| **Beratungsstelle** | **Adresse** |
| Aarau | SICHTBAR AARAU, Konradstr. 15 (Parterre, letzte Tür links), 5000 AarauTel. 062 / 822 44 77, Fax 062 / 824 77 72 |
| Bern | Kurse, Maulbeerstr. 14, 3001 BernTel. 031 / 380 10 70  |
| Brig | SICHTBAR BRIG, Bahnhofstr. 10, 3900 BrigTel. 027 / 923 48 48, Fax 027 / 923 50 11 |
| Schaff-hausen | SICHTBAR SCHAFFHAUSEN, Lindenplatz 12 B, 8203 SchaffhausenTel. 052 / 625 30 35, Fax 052 / 624 90 35 |
| Thun | SICHTBAR THUN, Frutigenstr. 8, Eingang Molkereiweg,3600 ThunTel. 033 / 225 46 46, Fax 033 / 225 46 47 |
| Uznach | SICHTBAR LINTH, Bahnhofstrasse 24,8730 UznachTel. 055 / 610 40 50, Fax 055 / 610 40 46 |
| Winterthur | SICHTBAR WINTERTHUR, Wartstr. 12 (2. Stock links), 8400 WinterthurTel. 052 / 212 92 29, Fax 052 / 213 17 57 |
| Zürich | SICHTBAR ZÜRICH, Stauffacherstr. 143 (Hochparterre), 8004 ZürichTel. 043 / 317 18 41, Fax 043 / 317 18 42 |

Unsere Beratungsstellen stehen allen blinden und sehbehinderten Menschen und ihren Angehörigen kostenlos zur Verfügung (bitte Voranmeldung).