

# 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 BEHINDERTENSPOBT:

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.

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

## 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 \_\_\_\_\_.

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 BEHINDERTENSPORT-VEREINS/DER BEHINDERTENSPORT-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	=	6,85 €
Teilnehmer am Rehasport ohne Mitgliedschaft	=	6,85 €
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**