

Sozialbeitrag der KAB Deutschlands

Ich/wir bin/sind Mitglied der KAB Deutschlands und beantragen den Sozialbeitrag ab dem 1.....

Name:.....Name des Ehepartners:.....

Vorname:.....Vorname:.....

Straße:.....

PLZ, Ort:.....

Mitgliedsnummer:.....Mitgliedsnummer:.....

Ich/wir (bitte zutreffendes ankreuzen)

- beziehe/n Arbeitslosengeld II
- beziehe/n Grundsicherung (im Alter und bei Erwerbsminderung)
- stehe/n in einer schulischen/beruflichen Ausbildung

Höhe des Sozialbeitrags

- für Einzelmitglieder 2,50 €
- für Ehepaare 3,00 € (je Person 1,50 €)

Hinweis: Durch den Sozialbeitrag werden meine Mitgliedsrechte nicht eingeschränkt.

Wenn sich meine/unsere finanzielle Situation verbessert, werden wir dies umgehend mitteilen.

Datum/Unterschrift:

Bestätigung von zwei Mitgliedern des KAB Ortsvorstandes

KAB Ortsverband/Ortsverein:

Gliederungsnummer:

Name:.....Name:

Vorname:.....Vorname:.....

Daum/Unterschrift.....

Kenntnis des Diözesanverbandes:

Datum/Unterschrift:.....

Auskünfte und Kontakte unter:

KAB Regionalbüro
Hafenweg 11a, 48155 Münster
EMail: regio@kab-muenster.de
TelNr. 0251/60976-20 u. 21

KAB Regionalbüro
Bahnhofstr. 36, 48249 Dülmen
EMail: info@kab-rb-duelmen.de
TelNr. 02594/894200

Regionalbüro Niederrhein
Sandstr. 24, 46483 Wesel
EMail: mail@kab-niederrhein.de
Tel.Nr. 0281/164100

Landesverband der KAB Oldenburg
Kolpingstr. 14, 49377 Vechta
EMail: edartmann@bmo-vechta.de
TelNr. 04441/8722-40

