

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 jährlich

- für Einzelmitglieder 30,- € (zuzüglich Verwaltungspauschale 6,- €)
- für Ehepaare 45,- € (zuzüglich Verwaltungspauschale 6,- €)

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:

Datum/Unterschrift:

Weiterleiten an das zuständige KAB Sekretariat.

Die Diözesanadressen finden Sie im Internet unter www.kab.de

Kenntnis des Diözesanverbandes:

Datum/Unterschrift:

Auskünfte und Kontakte unter:

KAB Deutschlands e.V.
Bernhard-Letterhaus-Str. 26
50670 Köln

Tel. Nr. 0221 7722-555
E-Mail: mitgliederverwaltung@kab.de

