



Verband Deutscher Sinti und Roma e. V.
Landesverband Schleswig-Holstein

Antrag auf Befreiung von der Zahlung des Mitgliedsbeitrages

Hiermit stelle ich

Vorname Zuname: _____

Ort / Straße: _____

Geboren am: _____

Telefon: _____

den Antrag auf Befreiung des Mitgliedsbeitrages für das Jahr _____

Mir ist bekannt, dass die Befreiung des Mitgliedsbeitrages nur für ein Jahr gültig ist und für das nächste Jahr erneut beantragt werden muss.

Ich bin leider aus wirtschaftlichen Gründen nicht in der Lage, den jährlichen Mitgliedsbeitrag zu zahlen, da ich

- Arbeitslosengeld II
- Sozialhilfe
- Grundsicherung
- Rente

beziehe.

Ort / Datum:

Unterschrift:

Sachbearbeitung Landesverband

- Eine Kopie des entsprechenden Bescheides wurde als Nachweis überreicht.
- Das Original des entsprechenden Bescheides wurde Frau / Herrn vorgelegt.
- Der Befreiung wurde antragsgemäß zugestimmt.

Ort / Datum:

Unterschrift: