

Info/Ü-Träger	Att-Anfordg	ATT				Aufn.-Datum	HNR
---------------	-------------	-----	--	--	--	-------------	-----

Anmeldeformular

**An die
Norddeutsche Hörbücherei e. V.
Georgsplatz 1
20099 Hamburg**

Wir sind für Sie da: 040 / 227 28 60
beratung@norddeutsche-hoerbuecherei.de

Vorname Nachname: _____

Straße Hausnummer: _____

Postleitzahl Ort: _____

Telefonnummer: _____

Geburtsdatum: _____

E-Mail-Adresse: _____

Dem Aufnahmeantrag ist **ein** Nachweis über das Vorliegen von Blindheit bzw. einer Sehbehinderung beizufügen. Akzeptierte Möglichkeiten finden Sie auf der Rückseite.

Wie haben Sie von der Norddeutschen Hörbücherei erfahren? (Gerne möglichst konkrete Angabe.)

Wie wünschen Sie die Hörbücher?

- per Download
- eigene Bestellungen und eine laufende Belieferung mit CDs im ständigen Wechsel
- Einzelwünsche, CDs nur bei Bedarf
- keine eigenen Bestellungen, sondern CDs "kunterbunt" aus unserem Programm
- Braille-Beschriftung auf Ihren Lieferungen

Hiermit verpflichte ich mich, die entliehenen Hörbücher nicht zu vervielfältigen, nicht an Dritte weiterzugeben und nicht zu gewerblichen Zwecken zu verwenden. Die öffentliche Wiedergabe und Zugänglichmachung ist untersagt. Die Benutzungsordnung werde ich beachten und für jeden durch mich entstandenen Schaden haften. Der Speicherung meiner Daten stimme ich zu. Diese werden zum Versand der Hörbücher und des Schriftverkehrs genutzt sowie als Nachweis benötigt, dass die Nutzung der Hörbücherei nur durch berechnigte Personen erfolgt.

Ort: _____, den _____

(eigenhändige Unterschrift)

Wir benötigen EINEN Nachweis Ihrer Sehbehinderung. Nachfolgend bieten wir Ihnen verschiedene Möglichkeiten zur Auswahl an.

Bitte wählen Sie den für Sie in Frage kommenden aus:

- Die umseitig genannte Person leidet an einer Augenerkrankung und ist schwer sehbehindert. Sie ist nicht in der Lage über einen längeren Zeitraum Schriften in normaler Größe zu lesen.

Stempel und Unterschrift des Augenarztes / der Augenärztin

- Die umseitig genannte Person ist Mitglied unserer Blinden- und Sehbehindertenorganisation, wir bestätigen hiermit, dass sie an einer Augenerkrankung leidet und schwer sehbehindert ist. Sie ist nicht in der Lage über einen längeren Zeitraum Schriften in normaler Größe zu lesen.

Stempel und Unterschrift der Blindenorganisation

- Eine Kopie des **Bescheids über die Gewährung von Landesblindengeld** ist diesem Anmeldeformular beigelegt.

- Eine Kopie des Schwerbehindertenausweises (**beide Seiten**) mit dem Vermerk „**BL**“ **auf der Rückseite** ist diesem Anmeldeformular beigelegt.
-