

ANMELDEFORMULAR FÜR DIE MITGLIEDSCHAFT BEI INSOS**Name der Institution:** _____**Adresse:** _____
_____**Gesamtleitung (Name, Vorname):** _____**Telefon:** _____ **Telefax:** _____**E-Mail:** _____**Plätze (Anzahl):**

Werkstätten (IFEG):

Wohnheime und
andere kollektive
Wohnformen:Tagesstätten (IFEG)/
Tagesbetreuung ohne
Arbeitsvertrag:Berufliche Mass-
nahmen (IVG):Integrationsmass-
nahmen (IVG):Begleitetes Wohnen
Art. 74 (IVG):**Total:**

Behinderungsart (Anzahl):

Körperbehinderung:

Psychische Beeinträchtigung:

Geistige Behinderung:

Sinnesbehinderung:

Suchtbehinderung:

Lernbehinderung:

Hirnverletzte:

Sonstige:

Total:

Anzahl Mitarbeiter (ohne IV-Rente):

Stellen %:

Wir haben noch Filialen in:**Datum:** _____ **Unterschrift:** _____**Wir bitten Sie, dem Beitritts-gesuch noch folgende Unterlagen beizufügen:**

Statuten, Jahresbericht, Liste der Vorstandsmitglieder, Finanzen, Betriebsbewilligung.

Senden an: INSOS Schweiz, Zieglerstrasse 53, Postfach 1010, 3000 Bern 14