



Deutscher Berufsverband
für Soziale Arbeit e.V.

Tariffähige Gewerkschaft
Mitglied der IFSW (International Federation of Social Workers)

Friedrich-Ebert-Straße 30 · 45127 Essen
Tel. (02 01) 8 20 78-0 · Fax (02 01) 8 20 78 40
http://www.dbsh.de · E-Mail: info@dbsh.de

Beitrittserklärung
 Veränderungsmeldung

Zutreffendes bitte ankreuzen. Bei einer Veränderungsmeldung unbedingt nachfolgend den Namen eintragen, zusätzlich die Felder ergänzen, die sich geändert haben.

Persönliche Angaben

Familienname _____

Vorname _____

Straße/Nr. _____

PLZ/Ort _____

Staatsangehörigkeit _____

Geschlecht (bitte ankreuzen) Männlich Weiblich

Geburtsdatum _____

Tel. privat _____

Tel. dienstl. _____

E-Mail _____

Ich erkläre meinen Beitritt zum DBSH ab _____

Ich zeige eine Veränderung an ab _____
Mitgliedsnummer _____

Bei Namensänderung: Geburtsname bitte hier eintragen:

Ich stufe mich ein in Beitragsstufe _____

Mein Mitgliedsbeitrag beträgt (z. Zt.) monatlich _____,00 Euro
Zutreffendes bitte der Rückseite entnehmen.

Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Satzung des DBSH und die Berufsethischen Prinzipien an. Änderungen meiner obigen Angaben werde ich der Bundesgeschäftsstelle mitteilen. Mit einer EDV-Erfassung dieser Daten bin ich einverstanden.

Datum _____ Unterschrift _____

Ich bin (Status)

Zutreffendes bitte ankreuzen/ausfüllen.
(Mehrfachnennungen möglich)

Vollzeitbeschäftigt (> 30 Stunden)	<input type="checkbox"/>	In der Ausbildung voraussichtlich bis	Monat/Jahr
Teilzeitbeschäftigt (Umfang in Stunden/Woche)	<input type="checkbox"/>	Studium voraussichtlich bis	Monat/Jahr
Zusätzlich nebenberuflich	<input type="checkbox"/>	Berufspraktikant/in bis:	Monat/Jahr
Angestellt	<input type="checkbox"/>	Als Angestellte/r: befristet beschäftigt bis:	Monat/Jahr
Verbeamtet	<input type="checkbox"/>		
Selbständig	<input type="checkbox"/>	Elternzeit/Pflegezeit voraussichtlich bis:	Monat/Jahr
Erwerbslos	<input type="checkbox"/>		
Im Ruhestand	<input type="checkbox"/>	Datum staatliche Anerkennung	Monat/Jahr

Beschäftigt bei (Einstellungsträger)

Zutreffendes bitte ankreuzen/ausfüllen.
(Keine Mehrfachnennungen)

Arbeitgeber (Name):	_____		
Beschäftigungsort:	_____		
Zuordnung des Arbeitgebers			
Bund	<input type="checkbox"/>	Caritas	<input type="checkbox"/>
Länder	<input type="checkbox"/>	Diakonie	<input type="checkbox"/>
Kommune	<input type="checkbox"/>	AWO	<input type="checkbox"/>
Sonstige konfessionelle Träger _____	<input type="checkbox"/>	Träger im Bereich des Paritätischen	<input type="checkbox"/>
Evangelische Kirche	<input type="checkbox"/>	Katholische Kirche	<input type="checkbox"/>
DRK	<input type="checkbox"/>	ZWST	<input type="checkbox"/>
Sonstige Träger im gemeinnützigen Bereich	<input type="checkbox"/>		
Private Träger	<input type="checkbox"/>		

Ausbildungsabschlüsse

Zutreffendes bitte ankreuzen/ausfüllen.

Fachschulabschluss	ErzieherIn	<input type="checkbox"/>
	HeilpädagogIn	<input type="checkbox"/>
	HeilerziehungspflegerIn	<input type="checkbox"/>
		Studien-/Fachrichtung (bitte hier eintragen)
Hochschulabschluss	FH Diplom oder graduiert	<input type="checkbox"/>
	Diplom Universität	<input type="checkbox"/>
	Bachelor	<input type="checkbox"/>
	Master	<input type="checkbox"/>
	Promotion	<input type="checkbox"/>
	Habilitation	<input type="checkbox"/>
Weiterbildungen	Kinder- und Jugendpsychotherapie	<input type="checkbox"/>
	Supervision	<input type="checkbox"/>
	Sonstige im Umfang von mind. 200 Ustd. (bitte angeben):	<input type="checkbox"/>

Tätigkeitsbereich

Bitte Zutreffendes ankreuzen (nur eine Nennung):

Kinder- u. Jugendhilfe	<input type="checkbox"/>	Migration	<input type="checkbox"/>
Soziale Dienste (z. B. ASD)	<input type="checkbox"/>	Heilpädagogik	<input type="checkbox"/>
Altenhilfe	<input type="checkbox"/>	Supervision	<input type="checkbox"/>
Gesundheit (inkl. Suchthilfe)	<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendpsychotherapie	<input type="checkbox"/>
Soziale Beratung	<input type="checkbox"/>	Gemeinwesenarbeit	<input type="checkbox"/>
Therapie	<input type="checkbox"/>	Beschäftigung/Arbeitsförderung	<input type="checkbox"/>
Behindertenhilfe	<input type="checkbox"/>	Erwachsenenbildung	<input type="checkbox"/>
Kinderbetreuungseinrichtungen	<input type="checkbox"/>	Management und Personalführung	<input type="checkbox"/>
Betriebliche Sozialarbeit	<input type="checkbox"/>	Wissenschaft und Ausbildung	<input type="checkbox"/>
Berufsbetreuung	<input type="checkbox"/>	kirchliche Funktionen	<input type="checkbox"/>
Sonstiges (bitte beschreiben):	_____		

Beschluss der Gründungsversammlung vom 24. 7. 1993 zur Beitragsstruktur und Höhe des Mitgliedsbeitrages. Die Bemessungsgrundlage des monatlichen Mitgliedsbeitrages für Mitglieder mit Erwerbseinkommen ist das monatliche Bruttoeinkommen*). Die Bemessungsgrundlage des monatlichen Mitgliedsbeitrages für Mitglieder ohne Erwerbseinkommen, arbeitslose Mitglieder, BezieherInnen von Erziehungsgeld, StudentInnen ist das tatsächliche Monatseinkommen.

Selbsteinstufungshinweise

Für jedes auf Ihrer Steuerkarte eingetragene Kind können 80,00 Euro vom Bruttoeinkommen abgezogen werden. Die verbleibende Summe ist maßgeblich für Ihre persönliche Beitragseinstufung. Bezieher und Bezieherinnen von Renten und Pensionseinkommen können sich zwei Stufen niedriger einstuft als Berufstätige oder im erwerbstätigen Alter befindliche Mitglieder gleichen Einkommens. Nimmt das Mitglied eine Selbsteinstufung nicht vor, oder ist aus sonstigen Gründen die Beitragsstufe nicht zu ermitteln, ist bei der Berechnung des Beitrags mindestens die Beitragsstufe 08 zugrunde zu legen. Der Nachweis der Berechtigung der Einstufung in einer niedrigeren Beitragsstufe ist auf Verlangen gegenüber der Bundesgeschäftsstelle zu führen.

Wichtige Hinweise

Im Falle der unrichtigen Selbsteinstufung entfällt der Anspruch auf Rechtsberatung und Rechtsvertretung durch den Verband. Die richtige Einstufung liegt in der Verantwortung des einzelnen Verbandsmitglieds. Bitte berücksichtigen Sie auch die aktuellen Tarifabschlüsse! Zahlen Sie bitte Ihre Beiträge satzungsgemäß im Einzugsverfahren oder per Dauerauftrag. Sie erleichtern der Geschäftsstelle die Arbeit, schaffen so Raum für andere Aktivitäten und ersparen sich Überweisungsgebühren!

DBSH-Beitragstabelle

Stufe	Bruttoeinkommen bis	Beitrag pro Monat	Stufe	Bruttoeinkommen bis	Beitrag pro Monat
06	1750,00 €	8,00 €	Einstufung in die Beitragsstufen 01–05 nur nach entsprechendem jährlich zu führenden Nachweis		
07	2000,00 €	10,00 €	01	500,00 €	3,00 €
08	2250,00 €	11,00 €	02	750,00 €	4,00 €
09	2500,00 €	12,00 €	03	1000,00 €	5,00 €
10	2750,00 €	13,00 €	04	1250,00 €	6,00 €
11	3000,00 €	15,00 €	05	1500,00 €	7,00 €
12	3250,00 €	16,00 €			
13	3500,00 €	17,00 €			
14	3750,00 €	18,00 €			
15	4000,00 €	20,00 €			

Bankverbindung: Bank für Sozialwirtschaft, Essen, BLZ 370 205 00, Beitragskonto-Nr.: 8 213 201

*) Das Bruttoeinkommen umfasst: Grundgehalt – Ortszuschlag – allgemeine Stenulage – Heimzulage – Schichtzulage

Einzugsermächtigung

Ich ermächtige den DBSH, meinen Mitgliedsbeitrag

vierteljährlich halbjährlich jährlich

stets widerruflich, von dem genannten Konto abzubuchen.

Geldinstitut _____

in _____

Kontonummer _____

Bankleitzahl _____

Mit einer EDV-Erfassung meiner oben genannten Kontodaten bin ich einverstanden.

Datum

Unterschrift Kontoinhaber