

Aufnahmeantrag

Sind Sie an einer passiven oder einer aktiven Mitgliedschaft in der Jona Hospizbewegung in der Region Grevenbroich e.V. interessiert?

Mit Ihrer **passiven Mitgliedschaft** unterstützen und sichern Sie durch Ihren Mitgliedsbeitrag unsere tägliche Arbeit.

Als **aktives Mitglied** werden Sie im Bereich der Sterbebegleitung tätig. Weitere Informationen hierzu finden Sie auf unserer Website. Wir informieren Sie gerne über Aktivitäten des Vereins und unsere Satzung. Nehmen Sie gerne Kontakt zu uns auf. Ein Widerruf Ihrer Mitgliedschaft ist jederzeit möglich.

Hiermit möchte ich zum nächstmöglichen Zeitpunkt als

aktives Mitglied

passives Mitglied

in die JONA Hospizbewegung in der Region Grevenbroich e.V. aufgenommen werden

und erkläre mich bereit den **passiven Jahresbeitrag** von 60,- Euro für Einzelpersonen / 90,- Euro für Ehe-/Lebens-Partner / 250,- Euro für Organisationen bzw. den **aktiven Jahresbeitrag** von 1,- Euro zu leisten.

(Bitte füllen Sie die rückseitige Einzugsermächtigung aus.)

Name/n / Organisation

Vorname/n

Geburtsdatum / Geburtsdaten / Gründungsdatum

Straße + Hausnummer

PLZ + Ort

Telefon

E-Mail

Unterschrift



Sabine Jäger-Hunecke | Koordinatorin

Rufen Sie mich an.

 02181 / 70 64 58

Spendenkonten

DE17 3706 9252 7004 8640 12 (Volksbank Erfrt)

DE23 3055 0000 0080 2230 92 (Sparkasse Neuss)

Wir sind dankbar für jede Spende.



Ostwall 1
41515 Grevenbroich

E-Mail mail@jona-hospizbewegung.de

Web www.jona-hospizbewegung.de



Begleitung

im Sterben und
in der Trauer

Aufbruch in ein
verändertes Leben.

„Jeder Mensch hat das Recht
in Würde zu leben und zu sterben.“

In diesem Selbstverständnis möchten wir für Sie da sein.

Sterbebegleitung

Viele Menschen wünschen sich, zu Hause oder in einem vertrauten Umfeld zu sterben. In vielen Fällen ist dies auch möglich, sofern bestimmte Rahmenbedingungen erfüllt sind – oder geschaffen werden.

Als ambulanter Hospizdienst begleiten wir schwerstkranke und sterbende Menschen jeden Alters zu Hause und in Einrichtungen wie Altenheimen, Krankenhäusern oder in Wohngruppen für Menschen mit geistiger und körperlicher Beeinträchtigung. Diese Begleitung durch Jona ist für Sie kostenfrei.

Wir

- sind für Ihre Fragen da
- verbringen gemeinsame Zeit mit Dingen, die Ihnen guttun
- geben Ihnen Zeit für Erledigungen oder eigene Ruhezeiten
- begleiten Sie beim Abschiednehmen

Weitere Informationen finden Sie auf unserer Website
www.jona-hospizbewegung.de/sterbebegleitung

Vereinbaren Sie gerne ein Gespräch mit unserer
Koordinatorin Sabine Jäger-Hunecke, Tel. 02181 70 64 58.

Trauerbegleitung

In der Trauer nicht alleine sein, in behutsamen persönlichen Kontakten Begleitung und Beratung finden – die Jona Hospizbewegung ist für Sie da.

Wir

- hören Ihnen zu
- gedenken gemeinsam Ihres Verstorbenen
- geben Ihnen einen Ort, an dem Sie trauern dürfen

Wir bieten die Trauerbegleitung im Rahmen einer Einzelbegleitung, in der Trauergruppe oder in Form des offenen Trauertreffs an. Alle Angebote sind für Sie kostenlos. Selbstverständlich unterliegen die vertraulichen Beratungsgespräche der Schweigepflicht.

Weitere Informationen finden Sie auf unserer Website
www.jona-hospizbewegung.de/trauerbegleitung

Zur Terminabsprache melden Sie sich bitte telefonisch bei unserer Koordinatorin Frau Jäger-Hunecke, Tel. 02181 70 64 58.

Wenn Sie sich vorstellen können, selber ehrenamtlich in der Hospizarbeit aktiv zu werden, dann wenden Sie sich bitte ebenfalls an unsere Koordinatorin.

Einzugsermächtigung

Gläubiger-ID

DE 90 222 ZZZ 00 00 12 37 621

JONA Hospizbewegung im Raum Grevenbroich e.V.
Ostwall 1
41515 Grevenbroich
Deutschland

Eindeutige Mandatsreferenz (Wird vom Verein ausgefüllt)

Kontoinhaber

Straße + Hausnummer

PLZ + Ort

Land

IBAN

DE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

BIC

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger JONA Hospizbewegung im Raum Grevenbroich e.V. (nf. JONA) Mitgliedsbeiträge von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die von JONA auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Ich kann / Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Wenn mein Konto / unser Konto die erforderliche Deckung nicht ausweisen sollte, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung.

Mir / Uns ist die Satzung des Vereins bekannt und ich / wir erkenne/n diese uneingeschränkt an. Insbesondere trete/n ich / wir für ihre Ziele nach §2 ein.

Ort

Datum

Unterschrift