

# Sozialbeitrag der KAB Deutschlands

Ich/wir bin/sind Mitglied der KAB Deutschlands und beantragen den Sozialbeitrag ab dem 01.01.2021

Name: ..... Name des Ehepartners: .....

Vorname: ..... Vorname: .....

Straße: .....

PLZ, Ort: .....

Mitgliedsnummer: ..... Mitgliedsnummer: .....

Ich/wir (bitte Zutreffendes ankreuzen)

- beziehe/n Arbeitslosengeld II
- beziehe/n Grundsicherung (im Alter und bei Erwerbsminderung)
- stehe/n in einer schulischen/beruflichen Ausbildung

Höhe des Sozialbeitrags

- für Einzelmitglieder 2,50 €
- für Ehepaare 3,00 € (je Person 1,50 €)

Hinweis: Durch den Sozialbeitrag werden meine Mitgliedsrechte nicht eingeschränkt.

Wenn sich meine/unsere finanzielle Situation verbessert, werden wir dies umgehend mitteilen.

Datum/Unterschrift: .....

## Bestätigung von zwei Mitgliedern des KAB Ortsvorstandes

KAB Ortsverband/Ortsverein: .....

Gliederungsnummer: .....

Name: ..... Name: .....

Vorname: ..... Vorname: .....

Daum/Unterschrift: .....

## Weiterleiten an das zuständige KAB Sekretariat.

Die Diözesanadressen finden Sie im Internet unter [www.kab.de](http://www.kab.de)

**Kenntnis des Diözesanverbandes:**

Datum/Unterschrift: .....

### Auskünfte und Kontakte unter:

KAB Deutschlands e.V.  
Bernhard-Letterhaus-Str. 26  
50670 Köln

Tel. Nr. 0221 7722-555  
E-Mail: [mitgliederverwaltung@kab.de](mailto:mitgliederverwaltung@kab.de)

