

Mitgliedsantrag

Hiermit beantrage ich als Vertretung für folgende Einrichtung die Mitgliedschaft bei der ACIR e.V.

Einrichtung: _____
Straße, Hausnummer: _____
PLZ, Ort: _____
Telefon: _____
E-Mail: _____

Vertreten durch mich (therapeutische oder pädagogische Leitung):

Vorname: _____
Nachname: _____
Geburtsdatum: _____
Aktuelle Position in der Einrichtung: _____

Es wird pro Mitgliedseinrichtung ein jährlicher Mitgliedsbeitrag erhoben. Die Höhe des Beitrages ist der Gebührenordnung zu entnehmen und auch im Jahr der Aufnahme und anschließend jeweils zum Jahresanfang fällig.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die aktuelle Satzung des Vereins sowie die aktuelle Version des Konsenspapiers „Minimalstandards der Rehabilitation und der lebenslangen Nachsorge nach Cochlea-Implantat-Versorgung“ anerkenne und deren Inhalte in meiner Einrichtung vertrete und mich für deren Umsetzung einsetze.

Zum Mitgliedsantrag gehört eine Vorstellung des Konzepts der Einrichtung bei einer Tagung der ACIR e.V. Im Anschluss entscheidet der Vorstand in Rücksprache mit den Mitgliedern, ob und unter welchen Bedingungen dem Antrag stattgegeben wird.

Voraussetzungen: Der oder die Antragsteller:in

- hat eine einschlägige therapeutisch-pädagogische Ausbildung im Bereich Hören und/ oder Sprache
- ist ausgewiesene „(Therapeutische) Leitung“ in einem CI-Zentrum
- hat Einblick und Befugnisse im Bereich des therapeutisch-pädagogischen Einrichtungskonzepts
- hat Kenntnis über die der CI-Folgetherapie zugrundeliegende vertragliche Basis mit den Kostenträgern
- arbeitet fachlich gleichberechtigt in einem interdisziplinären Team aus Medizin, Audiologie und Therapie/ Pädagogik.

Sollten sich im Verlauf der Mitgliedschaft Änderungen in einem der folgenden Bereiche ergeben, so sind diese dem Vorstand unverzüglich mitzuteilen:

- Änderungen im Rehabilitations-Konzept
- Änderungen der Vertragsgrundlagen mit den Kostenträgern
- Dauerhafte Änderung der die Einrichtung vertretenden Person(en)

Mit dem Ausfüllen des Antragformulars und dem Absenden der Daten willigen Sie in die Speicherung Ihrer Daten zum Zweck unserer Mitgliederverwaltung ein.

Datum, Ort

Unterschrift Vertretung der Einrichtung

Datum, Ort

Geschäftsführung der Einrichtung