

Vorstellung der Kandidaten und Kandidatinnen

für die Wahl vom Beirat der Menschen mit Behinderung

oder psychischer Erkrankung im BeB

Vorname/ Name	
Adresse Straße/ PLZ/ Ort	
Telefon	
E-Mail	
Geburtsdatum	
Behinderung/ Einschränkung <i>(bitte ankreuzen)</i>	<input type="radio"/> Körperliche Behinderung <input type="radio"/> Seh-Behinderung <input type="radio"/> Blind <input type="radio"/> Hör-Behinderung <input type="radio"/> Gehörlos <input type="radio"/> Lern-Schwierigkeiten <input type="radio"/> Psychische Erkrankung <input type="radio"/> Chronische Erkrankung
Beruf/ Tätigkeit	
Erfahrungen in einem Vertretungs-Gremium <i>(zum Beispiel: Werkstatt-Rat Bewohner-Beirat, Frauenbeauftragte, etc.)</i> Wo/ in welcher Einrichtung? Seit wann?	<input type="radio"/> Ich habe noch nicht in einem Beirat gearbeitet. <input type="radio"/> In diesem Beirat arbeite ich mit:
Warum wollen Sie im BeB-Beirat mitarbeiten?	

Ihre Antworten stellen wir als Präsentation für die Wahl zusammen.
Sie können die Antworten auch auf ein eigenes Blatt schreiben.

1. Diese Themen sind mir wichtig.
2. Dafür will ich mich im BeB- Beirat für ganz Deutschland einsetzen.
3. Das kann ich gut.

Einverständniserklärung und Datenschutz

- ✓ Ja. Ich will Kandidat oder Kandidatin für den **BeB**-Beirat sein. Ich will bei der Wahl mit-machen.
- ✓ Ja. Ich kenne die Aufgaben vom **BeB**-Beirat
- ✓ Ja. Ich will 4 Jahre im Beirat mit-arbeiten.
Von November 2023 bis November 2027.
- ✓ Ja. Eine Mitglieds-Einrichtung vom **BeB**
unterstützt mich.
Ich bekomme die Assistenz die ich brauche.
- ✓ Ja. Ich unterstütze die Ziele vom **BeB**.
- ✓ Falls Sie eine gesetzliche Betreuung haben:
Ja. Die gesetzliche Betreuung ist einverstanden.
- ✓ Ja. Ich schicke ein Foto von mir.
- ✓ Ja. Der **BeB** darf Infos über mich speichern.
Der **BeB** darf anderen sagen, dass ich bei der Wahl als Kandidat mit-mache.
Er darf die Infos über mich weiter-geben.
Und mein Foto verschicken.

Ort/ Datum

Unterschrift