

## RÜCKMELDE-FORMULAR\*

# BESTÄTIGUNG WAHLPERSON

**Bitte ausfüllen und bis spätestens 15.05.2023 zurück:**

per Fax an Fax Nr.: 030 83001-275

oder scannen und per Mail an [keinz@beb-ev.de](mailto:keinz@beb-ev.de)

*\*Die Formulare müssen mit der Leitung der Einrichtung/dem Träger des Angebots (Rechtsträger) der BeB-Mitgliedseinrichtung abgestimmt und bestätigt werden. Sie können nur berücksichtigt werden, wenn sie bis spätestens 15.05.2023 in der BeB-Geschäftsstelle eingehen (Poststempel)*

## Wahl des Beirats der Menschen mit Behinderung oder psychischer Erkrankung im BeB

### BESTÄTIGUNG DER WAHLPERSON

Bitte unbedingt vollständig angeben.

BeB-Mitgliedseinrichtung (Rechtsträger): \_\_\_\_\_

Adresse der Mitgliedseinrichtung: \_\_\_\_\_

Tel/ Mail: \_\_\_\_\_

In unserer Einrichtung (Rechts-Träger) gibt es ein Mitbestimmungsgremium/  
Mitbestimmungsgremien für Menschen mit Behinderung oder psychischer Erkrankung.  
Das Gremium hat/ die Gremien haben Frau/Herrn \_\_\_\_\_,  
geb. am \_\_\_\_\_ zur Wahlperson für die Wahl des Beirats der Menschen mit  
Behinderung oder psychischer Erkrankung im BeB bestimmt.

In unserer Einrichtung (Rechts-Träger) gibt es kein Mitbestimmungsgremium für Menschen  
mit Behinderung oder psychischer Erkrankung.  
Herr / Frau \_\_\_\_\_  
ist berechtigt, als Wahlperson bei der Briefwahl des Beirats der Menschen mit Behinderung  
oder psychischer Erkrankung im BeB die Belange der Nutzer\*innen der Angebote unserer  
Mitgliedseinrichtung zu vertreten.

### Das ist wichtig für die Wahl

- Die Wahlperson arbeitet gemäß der Wahlordnung. Sie informiert über die  
Kandidaten\*innen und stimmt sich bei der Wahl mit den Nutzer\*innen der Angebote  
der Mitgliedseinrichtung und ihren Mitbestimmungsgremien ab.
- Die Wahlperson erhält bei Bedarf von der Mitgliedseinrichtung die für sie  
notwendige Unterstützung zur Durchführung der Wahl.

## Kontaktdaten der Wahlperson\*

Bitte ggf. Kontakt der Assistenz angeben

Vorname/Name	
Straße	
PLZ und Ort	
Telefonnummer	
E-Mail	

### Ggf. Kontaktdaten Betreuung/Assistenz:

Vorname/Name:	
Mail:	
Tel:	

### Unterschrift der Wahlperson

*Ort/Datum*

*Unterschrift*

### Unterschrift Leitung der Einrichtung/ Träger des Angebots (Rechtsträger)

*Bitte in Druckbuchstaben Vorname/Name*

*Ort/ Datum*

*Stempel & Unterschrift der Leitung der Einrichtung /dem Träger des Angebots (Rechtsträger)*