

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

**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)