

RÜCKMELDE-FORMULAR*

BESTÄTIGUNG KANDIDATUR

WAHL DES BEIRATS DER MENSCHEN MIT BEHINDERUNG ODER PSYCHISCHER ERKRANKUNG IM BEB

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)

BESTÄTIGUNG DER KANDIDATIN/DES KANDIDATEN

Bitte unbedingt vollständig angeben. (In Druckbuchstaben)

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/Herr _____,

geb. am _____ zur Kandidatin/zum Kandidaten 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.

Frau/Herr _____, geb. am _____ ist Kandidat*in bei der Wahl des Beirats der Menschen mit Behinderung oder psychischer Erkrankung im BeB. Sie/er vertritt die Belange der Menschen mit Behinderung oder psychischer Erkrankung.

- Der Kandidatin/dem Kandidaten sind die Geschäftsordnung des Beirats und die Satzung des BeB bekannt. Sie/er wird im Fall der Wahl gemäß Geschäftsordnung/Satzung voraussichtlich für 4 Jahre im Beirat mitarbeiten und an den analogen und digitalen Sitzungen teilnehmen.
- Falls notwendig, liegt die Zustimmung der gesetzlichen Betreuung für die Kandidatur in schriftlicher Form vor.
- Für die Erarbeitung der Präsentation der Kandidat*innen sendet der/ die Kandidat/Kandidatin bitte ein Foto und eine Vorstellung der Person. (Siehe Rückseite. Bitte beachten Sie das Formular auch in Leichter Sprache)
- Die Kandidatin/der Kandidat erhält von der Einrichtung im Fall der Wahl die notwendige Unterstützung für die Mitarbeit im Beirat (z.B. Assistenz bei den ca. 6 Beiratssitzungen inklusive Vor- und Nachbereitung, Assistenz bei der Reise zu den i.d.R. 3 analogen zweitägigen Beiratstreffen und Zusatzterminen im Rahmen der Beiratstätigkeit (politische Gespräche, Tagungen) sowie die technische Ausstattung und/oder Unterstützung ihrer Beantragung gemäß §78 Abs. 5 SGB IX)

Unterschrift Leitung der Einrichtung/Träger des Angebots (Rechtsträger)

Bitte in Druckbuchstaben Vorname/Name

Ort/ Datum

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

Rückmeldung Wahl 2023

Ich kandidiere für die Wahl des Beirats der Menschen mit Behinderung oder psychischer Erkrankung im BeB für die Legislatur 2023-2027

Formular in Leichter Sprache – siehe Anhang oder unter Link: <https://beb-ev.de/moki>

(Einreichungsfrist für die Kandidatur bitte bis zum 15.05.2023)

Adresse Kandidat*in zur Wahl des Beirats Menschen mit Behinderung

Vorname/Name	
Straße	
PLZ und Ort	
Telefonnummer	
E-Mail	
Alter	
Tätigkeit/Beruf	
BeB-Mitgliedseinrichtung	
Foto Ich habe ein Foto beigefügt Gerne mailen – in hoher Auflösung	

Ggf. Kontaktdaten Betreuung/Assistenz:

Vorname/Name:	
Mail:	
Tel:	

Bitte ankreuzen:

- Ich stimme zu, dass notwendige Angaben aus dem Formular „Bestätigung Kandidatur“ sowie das beigefügte Foto für die zur Durchführung der Wahl zum Beirat der Menschen mit Behinderung oder psychischer Erkrankung notwendigen Handlungen erhoben, verarbeitet sowie in der Geschäftsstelle des BeB gespeichert werden. Ich bin einverstanden, dass diese Daten in einer PDF-Datei verarbeitet, an die bestätigten Wahlpersonen der BeB-Mitgliedseinrichtungen weitergegeben und dort im Rahmen der Wahl veröffentlicht werden.

Sie können Ihre Einwilligung jederzeit per Mail an keinz@beb-ev.de widerrufen und die Löschung Ihrer Daten verlangen.
- Ich akzeptiere die Datenschutzerklärung: <https://beb-ev.de/datenschutzerklaerung/>

Unterschrift Kandidat/Kandidatin:

Ort/Datum

Unterschrift Kandidat/ Kandidatin