

BEWERBUNG UM EINE MITGLIEDSCHAFT IM INKLUSIONSBEIRAT DER HANSESTADT WIPPERFÜRTH

An die
Hansestadt Wipperfürth
Inklusionsbeauftragte
z.H. Frau Niederwipper
Marktplatz 1
51688 Wipperfürth

Rückgabe bis zum 02.10.2020

| | | | |
|--------------|--|---------------|--|
| Name | | Vorname | |
| Straße | | Hausnummer | |
| Geburtsdatum | | | |
| Telefon | | E-Mailadresse | |

ICH ERFÜLLE FOLGENDE VORAUSSETZUNGEN FÜR DIE MITGLIEDSCHAFT IM INKLUSIONSBEIRAT (ZUTREFFENDES BITTE ANKREUZEN)

Ich habe eine Behinderung/chronische Erkrankung

- ja
 nein

wenn ja, welche Behinderung? _____

Ich kann nur eingeschränkt am öffentlichen Leben teilhaben

- ja
 nein

wenn ja, warum? _____

Einverständniserklärung

Der Ausschuss, der Sie wählt hat zwei Teile. In einem Teil sind nur die Mitglieder vom Ausschuss im Raum. Dies ist der nicht-öffentliche Teil. In einem zweiten Teil können interessierte Personen zuhören. Dies ist der öffentliche Teil.

Ich bin damit einverstanden, dass mein Name, Vorname, meine Adresse mein Geburtsdatum und meine Form der Behinderung im nicht-öffentlichen Teil genannt werden. Das ist wichtig, damit der Ausschuss Menschen mit unterschiedlichen Behinderungen in den Beirat wählt.

Ich bin damit einverstanden, dass mein Name und Vorname im öffentlichen Teil genannt und auf einer Wahlliste veröffentlicht werden, damit ich gewählt werden kann.

Wenn ich in den Beirat gewählt werde, bin ich damit einverstanden, dass meine Telefonnummer und E-Mail-Adresse genutzt werden, um mich anzurufen oder mir zu schreiben

Unterschrift

Datum

ggf. Unterschrift gesetzl. BetreuerIn

Datum