

# ANMELDUNG ZUR WAHL DES INKLUSIONSBEIRATES DER HANSESTADT WIPPERFÜRTH AM 30.08.2018

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

Rückgabe bis zum 31.07.2018

<b>Name</b>		<b>Vorname</b>	
<b>Straße</b>		<b>Hausnummer</b>	
<b>Geburtsdatum</b>			

## ICH ERFÜLLE FOLGENDE VORAUSSETZUNGEN FÜR DIE WAHL DES INKLUSIONSBEIRATES (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? \_\_\_\_\_

Aufgrund der schwere meiner Behinderung/Erkrankung kann ich an der Wahl nicht persönlich teilnehmen.

ja

Daher beauftrage ich \_\_\_\_\_ in meinem Sinne abzustimmen.

(Die Bevollmächtigte Person muss ihren Ausweis und den des Wahlberechtigten zur Wahl mitbringen!)

Ihre persönlichen Daten werden **nicht** weitergegeben und nach der Wahl vernichtet!

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
ggf. Unterschrift gesetzl. BetreuerIn

\_\_\_\_\_  
Datum