

# BEWERBUNG UM EINE MITGLIEDSCHAFT IM INKLUSIONSBEIRAT DER HANSESTADT WIPPERFÜRTH

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

Rückgabe bis zum 13.07.2018

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? \_\_\_\_\_

Für eine Tätigkeit im Inklusionsbeirat benötige ich eine Assistenz

- ja  
 nein

wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Ich bin Angehöriger/Bezugsperson eines Menschen mit Behinderung/chronischer Erkrankung

- ja  
 nein

Ich bin durch berufliches oder ehrenamtliches Engagement mit der Betreuung von Menschen mit Behinderungen in Wipperfürth befasst

- ja  
 nein

wenn ja, durch welche Tätigkeit? \_\_\_\_\_

## WARUM BEWERBE ICH MICH ALS MITGLIED FÜR DEN INKLUSIONSBEIRAT?

Bitte füllen Sie den Bewerbungsbogen vollständig aus.

## 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