

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 13.07.2018

Name		Vorname	
Straße		Hausnummer	
Geburtsdatum			

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