

....., den .....

(Name der Einrichtung)

Landrat  
des Kreises Herzogtum Lauenburg  
- Fachdienst Ordnung (Heimaufsicht) -  
Barlachstraße 2

23909 Ratzeburg

### Sicherung und Stärkung der Mitwirkung der Bewohnerinnen und Bewohner

A. In der o. a. Einrichtung besteht ein Beirat.

Er setzt sich aus folgenden Personen zusammen:

1. \_\_\_\_\_ (Vorsitzende/Vorsitzender)
2. \_\_\_\_\_ (stellv. Vorsitzende/Vorsitzender)
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_
7. \_\_\_\_\_
8. \_\_\_\_\_
9. \_\_\_\_\_  
(Name, Vorname)

Die Wahl des Beirates erfolgte am: \_\_\_\_\_

Die zwei-/vierjährige\*) Wahlzeit endet am: \_\_\_\_\_

\*) In Einrichtungen für behinderte Menschen beträgt die Amtszeit des Beirates vier Jahre (§ 12 Abs. 2 HeimmwV)

B. In der o. a. Einrichtung besteht kein Beirat.

1. 1. Die Wahl eines Beirates ist vorgesehen.

- Der Wahltermin ist festgesetzt auf den: \_\_\_\_\_

- Mit den Wahlvorbereitungen ist begonnen worden am: \_\_\_\_\_

2. Die Wahl eines Beirates ist zur Zeit nicht möglich, weil:  
(bitte ausführlich begründen)

C. Da ein Beirat aus den vorgenannten Gründen zur Zeit nicht gebildet werden kann, wird die Bestellung einer Bewohnerfürsprecherin/eines Bewohnerfürsprechers vorgeschlagen.

Für diese ehrenamtliche Tätigkeit wird vorgeschlagen:

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

**Erklärung**

Ich erkläre mich hiermit bereit, in der vorstehend genannten Einrichtung im Sinne des Selbstbestimmungsstärkungsgesetzes (SbStG) für die Dauer von zwei Jahren das Amt einer Bewohnerfürsprecherin / eines Bewohnerfürsprechers zu übernehmen.

Weiter erkläre ich, dass ich von der Trägerin / dem Träger der Einrichtung unabhängig bin.

....., den .....

.....  
(Unterschrift)

.....  
(Unterschrift der Einrichtungsleitung)