



Kommunaler Sozialverband Sachsen  
Fachbereich 3, FD 350 Heimaufsicht  
Postfach 10 09 62  
04009 Leipzig

**Vorschlag des Trägers zur  
Übernahme der Tätigkeit  
des Bewohnerfürsprechers**

Datum:

**Bezeichnung der Einrichtung:**

**Name:**   
**Straße, Nr.:**   
**PLZ, Ort:**

Als Träger der oben genannten Einrichtung wird zur Sicherstellung der Bewohnermitwirkung in stationären Einrichtungen folgende Person zur Ausübung des Amtes als **Bewohnerfürsprecher** vorgeschlagen:

**Name:**   
**Vorname(n):**   
**Geburtsdatum:**   
**Anschrift:**

**Geplantes Datum für die Bestellung:**

Grundsätzlich sind vor der Bestellung eines Bewohnerfürsprechers alle Möglichkeiten zur Bildung einer Bewohnervertretung gem. § 2 Abs. 1 Satz 1 HeimmwV auszuschöpfen. Die Bestellung eines Bewohnerfürsprechers kommt nur dann in Betracht, wenn die Bildung einer Bewohnervertretung trotz aller Bemühungen nicht möglich war (entfällt für Hospize und Kurzzeitpflegeeinrichtungen).

Bitte erklären Sie umseitig, welche Bemühungen durch den Träger angestellt wurden, um auf die Bildung einer Bewohnervertretung hinzuwirken. Hierzu zählen u. a. Wahlauf Ruf an Bewohner, Ansprache von Angehörigen und sonstigen wählbaren Personen zur Mitarbeit in der Bewohnervertretung, Rundschreiben oder Informations- und Angehörigennachmittage (beachte § 4 Abs. 2 HeimmwV).

**Bitte fügen Sie etwaige Nachweisunterlagen als Kopie bei.**



**Maßnahmen zur Bildung einer Bewohnervertretung:**

[Empty box for signature]

Mit der nachfolgenden Unterschrift wird seitens des Trägers erklärt, dass die vorgeschlagene Person mit der Ausübung des Amtes des Bewohnerfürsprechers einverstanden und eine gedeihliche Zusammenarbeit zwischen dem Bewohnerfürsprecher und den Bewohnern der Einrichtung zu erwarten ist.

Mit der nachfolgenden Unterschrift wird ferner die Richtigkeit der Angaben bestätigt und erklärt, die Angaben im Namen des Trägers treffen zu dürfen.

**Ort und Datum:**

**Stempel/ Unterschrift:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



Kommunaler Sozialverband Sachsen,  
Fachbereich 3, FD 350 Heimaufsicht  
Postfach 10 09 62,  
04009 Leipzig

**Zustimmung zur Übernahme  
der Tätigkeit des  
Bewohnerfürsprechers**

Datum:

**Bezeichnung der Einrichtung:**

Name:

Straße, Nr.:

PLZ, Ort:


**Neuer Bewohnerfürsprecher:**

Name:

Vorname(n):

Geburtsdatum:

Anschrift:

Telefon:

E-Mail:


Mit meiner nachfolgenden Unterschrift erkläre ich, dass ich gemäß § 25 HeimmwV von der zuständigen Behörde (Kommunaler Sozialverband Sachsen) und dem Träger, von Kostenträgern und den Verbänden der Heimträger unabhängig bin. Weiterhin erteile ich meine Zustimmung zur Ausübung des Amtes als Bewohnerfürsprecher.

**Ort und Datum:**

**Unterschrift:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_