



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

**Vorschlag des Trägers zur
Übernahme der Tätigkeit der
Bewohnersprecherin / des
Bewohnersprechers**

Datum:

Bezeichnung der Einrichtung	
Name	
Straße / Hausnummer	
Postleitzahl / Ort	

Zur Sicherstellung der Mitwirkung der Bewohnenden in der vorgenannten Einrichtung wird durch den Träger folgende Person zur Ausübung des Amtes als **Bewohnendensprecherin** oder **Bewohnendensprecher** vorgeschlagen:

Angaben zur vorgeschlagenen Person					
Name:		Vorname(n):		Geburtsdatum:	
Straße / Hausnummer					
Postleitzahl / Ort:					
Geplantes Datum für die Bestellung:					

Grundsätzlich sind vor der Bestellung einer Bewohnendensprecherin oder eines Bewohnendensprechers alle Möglichkeiten zur Bildung einer Bewohnervertretung gemäß § 16 Absatz 1 Satz 1 und 2 SächsWTG auszuschöpfen. Die Bestellung einer Bewohnendensprecherin oder eines Bewohnendensprechers kommt nur dann in Betracht, wenn die Bildung einer Bewohnervertretung trotz aller Bemühungen nicht möglich war (entfällt für Hospize, Kurzzeitpflegereinrichtungen und Wachkomaeinrichtungen).

Bitte erklären Sie umseitig, welche Bemühungen durch den Träger angestellt wurden, um auf die Bildung einer Bewohnervertretung hinzuwirken. Hierzu zählen zum Beispiel Wahlaufrufe an Bewohnende, Ansprache von Angehörigen und sonstigen wählbaren Personen zur Mitarbeit in der Bewohnervertretung, Rundschreiben oder Informations- und Angehörigennachmittage.

Bitte fügen Sie etwaige Nachweisunterlagen als Kopie bei.
Maßnahmen zur Bildung einer Bewohnervertretung:

Hinweise zum Datenschutz

Die Erhebung personenbezogener Daten erfolgt auf der Grundlage von § 16 Absatz 3 SächsWTG. Die Daten werden Bestandteil der Verwaltungsakte und können elektronisch verarbeitet werden. Eine Weitergabe an Dritte ist nicht beabsichtigt, kann jedoch im Rahmen der §§ 13 fortfolgenden SächsDSG an die dort genannten Stellen bei Vorliegen der gesetzlichen Voraussetzungen erfolgen.

Erklärung des Trägers

Mit der nachfolgenden Unterschrift wird seitens des Trägers erklärt, dass die vorgeschlagene Person mit der Ausübung des Amtes der Bewohnendensprecherin oder des Bewohnendensprechers einverstanden und eine gedeihliche Zusammenarbeit zwischen der Bewohnersprecherin oder dem Bewohnersprecher und den Bewohnerinnen und 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.

Postleitzahl / Ort: _____

Datum: _____

Unterschrift und Stempel des Trägers



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

**Zustimmung zur Übernahme
der Tätigkeit der
Bewohnendensprecherin /
des Bewohnendensprechers**

Datum:

Bezeichnung der Einrichtung	
Name	
Straße / Hausnummer	
Postleitzahl / Ort	

Angaben zur benannten Person					
Name:		Vorname(n):		Geburtsdatum:	
Straße / Hausnummer					
Postleitzahl / Ort:					
Telefon:					
E-Mail					

☐ Mir ist bekannt, dass ich gemäß § 43 Absatz 6 Satz 2 SächsWTVVO auch während meiner Amtszeit auf die vorrangige Bildung einer Bewohnervertretung hinzuwirken habe.
(entfällt für Hospize, Kurzzeitpflegeeinrichtungen und Wachkomaeinrichtungen).

Hinweise zum Datenschutz

Die Erhebung personenbezogener Daten erfolgt auf der Grundlage von § 16 Absatz 3 SächsWTG. Die Daten werden Bestandteil der Verwaltungsakte und können elektronisch verarbeitet werden. Eine Weitergabe an Dritte ist nicht beabsichtigt, kann jedoch im Rahmen der §§ 13 fortfolgenden SächsDSG an die dort genannten Stellen bei Vorliegen der gesetzlichen Voraussetzungen erfolgen.

Erklärung der benannten Person

Mit meiner nachfolgenden Unterschrift erkläre ich, dass ich gemäß § 43 Absatz 3 SächsWTVO von der zuständigen Behörde (Kommunaler Sozialverband Sachsen), dem Träger der Einrichtung, seinen Verbänden und den Leistungsträgern unabhängig bin. Weiterhin erteile ich meine Zustimmung zur Ausübung des Amtes als Bewohnendensprecherin oder Bewohnendensprecher.

Postleitzahl / Ort: _____

Datum: _____

Unterschrift der benannten Person