LACB

Landesarbeitsgemeinschaft der Angehörigenvertretungen in Caritaseinrichtungen der Behindertenhilfe in Niedersachsen

An:

LACB
Landesarbeitsgemeinschaft der Angehörigenvertretungen
in Caritaseinrichtungen der Behindertenhilfe in Niedersachsen
Knappsbrink 58
49080 Osnabrück

Schriftliche Bestätigung der W A H L P E R S O N
zur Wahl des Sprecherkreises am 06. November 2021

Hiermit wird wie folgt bestätigt:

Frau / Herr .....

(Vorname, Name)

Anschrift:.....

.....

(Tel. / E-Mail)

ist Angehörige(r) / Betreuer(in) in unserer Einrichtung.

.....

(Name der Einrichtung / des Dienstes)

.....

(Anschrift)

.....

(Name und Anschrift des Rechtsträgers - falls abweichend)

.....

Name der / des Verantwortlichen
(in Druckbuchstaben)

Unterschrift der / des Verantwortlichen

Wir sind die gewählte, ehrenamtliche Vertretung der Angehörigen von rd. 15.000 Menschen mit Behinderung in den Caritaseinrichtungen der Behindertenhilfe in Niedersachsen und vertreten die Interessen unserer Kinder, Geschwister, Ehe- und Lebenspartner, die sich wegen der Schwere ihrer Behinderung nicht oder nur sehr eingeschränkt äußern können, sowie unsere Interessen als Angehörige von Menschen mit Behinderung.

Geschäftsstelle der LACB: Knappsbrink 58, 49080 Osnabrück, Telefon: 0541 34978-123, Internet: www.lacb-niedersachsen.de