



Stadt Cuxhaven
Wahlvorstand des Beirates
für Menschen mit Behinderungen
Rathausplatz 1
27472 Cuxhaven

**Bewerbung / Wahlvorschlag für die Wahl des
Beirates für Menschen mit Behinderungen**

(Bitte in Blockschrift oder Maschinenschrift ausfüllen.)

☐ Einzelbewerbung oder ☐ Wahlvorschlag

Zutreffendes bitte ankreuzen oder ausfüllen.

Angaben zum Absender	
Vorname:	
Familiennamen:	
Wohnanschrift:	2747__ Cuxhaven

Angaben zur/zum Bewerber/in / zur vorgeschlagenen Person

☐ Bewerber/in / vorgeschlagene Person (Person mit Behinderung)	
Vorname:	
Familiennamen:	
Geburtsdatum:	
Wohnanschrift:	2747__ Cuxhaven
Grad der Behinderung: ☐ GdB 50 ☐ GdB 60 ☐ GdB 70 ☐ GdB 80 ☐ GdB 90 ☐ GdB 100 ☐ Werkstattanerkennung nach § 219 SGB IX Bitte fügen Sie eine Kopie des Schwerbehindertenausweises oder des Feststellungsbescheid und ggf. eine Beschäftigtenbe- scheinigung der Werkstatt bei.	

oder

☐ Bewerber/in / vorgeschlagene Person (Eltern von minderjährigen Kindern mit Behinderung)
Vorname:
Familienname:
Geburtsdatum:
Wohnanschrift: 2747__ Cuxhaven
Angaben zum minderjährigen Kind mit Behinderung
Vorname:
Familienname:
Geburtsdatum:
Wohnanschrift: 2747__ Cuxhaven
Grad der Behinderung: ☐ GdB 50 ☐ GdB 60 ☐ GdB 70 ☐ GdB 80 ☐ GdB 90 ☐ GdB 100
Bitte fügen Sie eine Kopie des Schwerbehindertenausweises oder des Feststellungsbescheid bei.

oder

☐ Bewerber/in / vorgeschlagene Person (Organisation, Einrichtung oder Selbsthilfegruppe)
Vorname:
Familienname:
Geburtsdatum:
Wohnanschrift:
Organisation/Einrichtung/Selbsthilfegruppe:

Cuxhaven, den __.__.2026

(Unterschrift)