

Kritik und Beschwerde-Formular

Wir nehmen Ihre Beschwerde sehr ernst.

Ihre Kritik ist uns wichtig.

Uns sind zufriedene Menschen sehr wichtig.



1. Wie heißen Sie? Wo wohnen Sie?

Vorname, Name*: _____

Straße, Hs-Nr.*: _____

PLZ , Ort*: _____

Telefonnummer: _____

Email: _____

*) Pflicht-Angaben, damit Ihr Anliegen bearbeitet werden kann.

2. Es ist eine Kritik / Beschwerde über:

meinen Anbieter, meine Anbieterin im Persönlichen

Budget

Vorname: _____

Nachname: _____

Träger: _____

3. Darüber will ich informieren / mich beschweren (Beschreibung des Problems):

5. Meine Kritik / Beschwerde soll:

- den Bezirk nur informieren.
- bearbeitet werden und mit dem Anbieter/der Anbieterin darüber gesprochen werden.

6. Wollen Sie eine Antwort auf Ihre Kritik/ Beschwerde?

- Ja Nein

Ort, Datum

Unterschrift

Danke für Ihre Unterstützung. Es dauert ein bisschen, bis wir Ihr Anliegen bearbeiten. Bitte fragen Sie so lange nicht nochmal nach. Wenn Sie eine Antwort möchten (siehe 6. – Ja) melden wir uns.

Bitte schicken Sie die Kritik/ Beschwerde per Post an:

Bezirk Mittelfranken

Sozialpädagogisch-medizinischer Dienst

Rettstraße 54-56

91522 Ansbach

oder per Email: arbeitsbereich27@bezirk-mittelfranken.de

oder per Fax: 0981/4664-2799