

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. ¹

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):

¹ Information nach Art. 13 Abs.1 DSGVO: Ihre Daten werden erhoben, um Ihre Beschwerde bzgl. der Leistungen aus dem persönlichen Budget zu bearbeiten. Ihre Daten werden auf Grund Ihrer Einwilligung nach Art. 6 Abs.1 Buchstabe a) DSGVO verarbeitet. Empfänger Ihrer Daten sind die inhaltlich zuständigen Organisationseinheiten des Bezirks Mittelfranken innerhalb des Sozialreferats. Ihre Daten werden nur nach Ihrer Zustimmung unter Nr. 5 in diesem Formular zur Klärung Ihres Anliegens an den betreffenden Dienstleister weitergegeben. Ihre Daten werden nicht an ein Drittland weitergegeben. Ihre Daten werden nach der Erhebung solange gespeichert, wie dies unter Beachtung gesetzlicher Aufbewahrungsfristen erforderlich ist. Ihre Einwilligung können Sie jederzeit für die Zukunft widerrufen. Die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung wird durch diesen nicht berührt. Unsere ausführlichen Datenschutzhinweise finden Sie auf unserer Homepage unter: www.bezirk-mittelfranken.de/datenschutz

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

4. Bei gesetzlicher Betreuung

Mein/-e Betreuer/-in weiß über die Kritik/Beschwerde Bescheid?

☐ Ja ☐ Nein

Mein/-e Betreuer/-in soll informiert werden?

☐ Ja ☐ Nein

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

Danziger Straße 5

91522 Ansbach

oder per Email: arbeitsbereich27@bezirk-mittelfranken.de

oder per Fax: 0981 / 4664 - 97 27099