

Beschwerdebogen

Einrichtung/Bereich: _____

1. Beschwerdeführer*in (oder anonym)

Name, Vorname: _____

Anschrift: _____

Telefonnummer: _____

- Nutzer*in Angehörige*r rechtl. Betreuer*in Mitarbeiter*in
 Sonstiges _____

2. Beschwerdeannahme

Beschwerdeempfänger*in: _____

Datum: _____

Beschwerdeart:

- Persönlicher Kontakt Telefon E-Mail
 Sonstiges: _____

3. Betroffener Bereich

- Tageszentrum
 Ambulante Assistenz (BEWO)
 KBZ (Kontakt und Beratungszentrum)
 Verwaltung
 Besondere Wohnform
 Sonstiges: _____

4. Beschwerdeinhalt

- Erstbeschwerde Folgebeschwerde

Schilderung der Beschwerde:

Gewünschte Lösung des/der Beschwerdeführer*in:

5. Schweregrad der Beschwerde

- sofortige Lösung vierzehntägige Bearbeitungsfrist vierwöchige Bearbeitungsfrist

Bitte füllen Sie den Beschwerdebogen bis hierhin aus und geben ihn dann bei der Einrichtung oder der zuständigen Person ab oder werfen ihn in den Briefkasten.

6. Bearbeitung der Beschwerde

6.1 Bedeutung für die Einrichtung

- gering mittel schwerwiegend

6.2 Lösung des Problems

- Lösungsvorschlag des/der Beschwerdeführer*in wurde umgesetzt

- folgende Lösung wurde gefunden:

- Das Problem ist derzeit nicht zu lösen

Begründung:

6.3. Wurde der/die Beschwerdeführer*in über die Lösung des Problems informiert?

- Ja Nein, weil _____

Unterschrift/ Datum