



Arbeitsgemeinschaft  
Christlicher Arbeitnehmer-Organisationen  
in der Bundesrepublik Deutschland

**Sozialwahl**  
**2017**



Für Rente & Gesundheit

## Gut, wenn Sie mitentscheiden.

Bewerben Sie sich als Selbstverwalter/-in und fördern Sie mit uns aktiv Solidarität und Gerechtigkeit in den gesetzlichen Sozialversicherungen! Füllen Sie dazu den nachfolgenden Bewerbungsbogen aus und schicken ihn ausreichend frankiert (oder per Mail/Fax) bis zum 30. Mai 2016 an Ihren Verband.

### **BVEA e. V., c/o Michael Foitlinski**

Evangelische Arbeitnehmerbewegung  
Landesverband Nordrhein-Westfalen e. V.  
Wilhelm-Nieswandt-Allee 133, 45326 Essen  
Tel: 0201 8101840, Fax: 0201 81418429  
E-Mail: [michales.foitlinski@eab-nrw.de](mailto:michales.foitlinski@eab-nrw.de)  
[www.sozialwahlen-evangelisch.de](http://www.sozialwahlen-evangelisch.de)

### **KAB Deutschland e. V., Hannes Kreller**

Pettenkoferstraße 8/III, 80336 München  
Tel: 089 55254914, Fax: 089 5503882  
E-Mail: [christiane.schrag@kab.de](mailto:christiane.schrag@kab.de)  
[www.kab.de](http://www.kab.de)

### **Kolpingwerk Deutschland, Oskar Obarowski**

Referat Arbeit und Soziales, 50606 Köln  
Tel: 0221 20701136, Fax: 0221 20701149  
E-Mail: [oskar.obarowski@kolping.de](mailto:oskar.obarowski@kolping.de)  
[www.kolping.de](http://www.kolping.de)

Weitere Informationen zur Selbstverwaltung und zur ACA finden Sie auf [www.aca-online.de](http://www.aca-online.de). Auch finden Sie dort im Bereich DOWNLOADS die „Grundsätze zur Auswahl der Kandidatinnen und Kandidaten für die Listen der Arbeitsgemeinschaft Christlicher Arbeitnehmer-Organisationen (ACA) zu den Sozialwahlen 2017“. Hier werden Verfahren, verbandliche Grundsätze und persönliche Anforderungen vertiefend erläutert. Insbesondere für neue Bewerber/-innen empfiehlt sich die kurzweilige Lektüre.



**Dreifach Christlich. Einfach Menschlich.**

**JA**, Sie haben mein Interesse am Ehrenamt in der Selbstverwaltung geweckt. Ich möchte zu mehr Gerechtigkeit in den Sozialversicherungen beitragen.

Name  Vorname

Straße  Nr.

PLZ  Ort

Telefon

E-Mail

Beruf

Geburtsdatum

## Ich bewerbe mich für ein Mandat (Zutreffendes bitte ankreuzen)

### in der Krankenversicherung

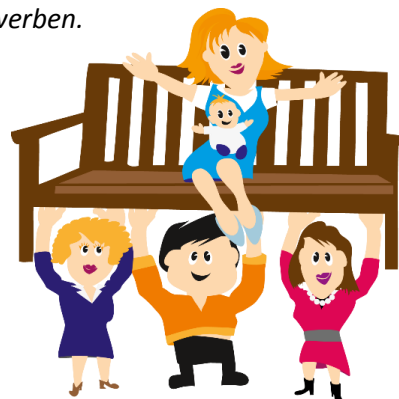
- |                        |  |   |  |
|------------------------|--|---|--|
| AOK Regional           | <input type="checkbox"/> Baden-Württemberg                             | <input type="checkbox"/> Bayern                   | <input type="checkbox"/> Bremen/Bremerhaven                                  |
|                        | <input type="checkbox"/> Hessen  | <input type="checkbox"/> Niedersachsen            | <input type="checkbox"/> Rheinland/Hamburg                                   |
|                        | <input type="checkbox"/> NORDWEST (Schleswig-Holstein/Westfalen-Lippe) | <input type="checkbox"/> PLUS (Sachsen/Thüringen) | <input type="checkbox"/> Nordost (Brandenburg/Berlin/Mecklenburg-Vorpommern) |
|                        | <input type="checkbox"/> Rheinland-Pfalz/Saarland                      | <input type="checkbox"/> Sachsen-Anhalt           |  |
| Barmer GEK             | <input type="checkbox"/>   |   |  |
| Techniker Krankenkasse | <input type="checkbox"/>   |   |  |
| DAK Gesundheit         | <input type="checkbox"/>   |   |  |
| IKK Classic            | <input type="checkbox"/>   |   |  |
| BIG Gesundheit         | <input type="checkbox"/>   |   |  |

*Hinweis: Sie müssen Mitglied der Krankenkasse sein, für die Sie sich um ein Mandat bewerben.*

### in der Berufsgenossenschaft

- |  |                          |
|--|--------------------------|
| Berufsgenossenschaft Gesundheit und Wohlfahrtspflege | <input type="checkbox"/> |
| Verwaltungsberufsgenossenschaft                      | <input type="checkbox"/> |
| Berufsgenossenschaft Nahrung und Gaststätten         | <input type="checkbox"/> |
| Bau Berufsgenossenschaft                             | <input type="checkbox"/> |

*Hinweis: Ihr Arbeitgeber muss Mitgliedsunternehmen in der Berufsgenossenschaft sein, für die Sie sich um ein Mandat bewerben.*



## in der Deutschen Rentenversicherung (DRV)

- DRV Bund
- DRV Regional  Baden-Württemberg  Bayern Süd  Berlin-Brandenburg  
 Braunschweig-Hannover  Hessen  Knappschaft-Bahn-See  
 Mitteldeutschland  Nord  Nordbayern  
 Oldenburg-Bremen  Rheinland  Rheinland-Pfalz  
 Saarland  Schwaben  Westfalen

Meine Rentenversicherungs-Nr.: \_\_\_\_\_

*Hinweis: Sie müssen Mitglied des Rentenversicherungsträgers sein, für den Sie sich um ein Mandat bewerben.*

Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau

*Hinweis: Sie müssen Mitglied in der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau sein, wenn Sie sich um ein Mandat bewerben.*

## Mein bisheriges Engagement in Selbstverwaltungsorganen

Institution \_\_\_\_\_

Mandat \_\_\_\_\_

Ich bin Mitglied bei  KAB  Kolping  BVEA

## Meine Mitarbeit im Verband

\_\_\_\_\_

Ich möchte mich in der Selbstverwaltung engagieren, weil

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ort, Datum

Unterschrift

