



**Arbeitsgemeinschaft  
Christlicher Arbeitnehmerorganisationen  
In Nordrhein-Westfalen,**  
Annaberg 40, 43621 Haltern am See,  
Tel: 02364-1050, Mail: info@aca-nrw.de



## **Bewerbungspersonalbogen**

Für die Sozialwahlen 2023 in NRW

**Ich interessiere mich für ein Ehrenamt in der**  
(bitte ankreuzen, Mehrfachnennungen möglich)

- AOK - Allgemeine Ortskrankenkasse Rheinland/Hamburg
- AOK - Allgemeine Ortskrankenkasse Nordwest
- DRV – Deutsche Rentenversicherung Rheinland
- DRV – Deutsche Rentenversicherung Westfalen

**Hinweis: Die Funktion des Versichertenältesten wird erst im Anschluss an die Sozialwahlen gewählt. Hierfür bitte nicht dieses Formular verwenden.**

### Angaben zu meiner Person:

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ; Wohnort: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Geschlecht: \_\_\_\_\_

Telefon/Mobil (privat) \_\_\_\_\_

Telefon/Mobil (dienstl.) \_\_\_\_\_

E-Mail (privat) \_\_\_\_\_

E-Mail (dienstl.) \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Beschäftigt bei: \_\_\_\_\_

(vollständige Anschrift) \_\_\_\_\_

Mitglied folgender ACA  
Mitgliedsorganisation: \_\_\_\_\_

- Ich bin noch nicht Mitglied, möchte es aber werden:

Krankenversichert bei: \_\_\_\_\_

Rentenversichert bei: \_\_\_\_\_

**Wichtiger Hinweis für Mitglieder in den Verwaltungsräten des medizinischen Dienstes:**

Bitte unbedingt beachten: § 279 Abs. 6 Satz 2 SGB V – Personen die bereits mehr als ein Ehrenamt in einem Selbstverwaltungsorgan eines Versicherungsträgers, eines Verbandes der Versicherungsträger oder eines anderen Medizinischen Dienstes innehaben, können nicht gewählt oder benannt werden.

Wer also bereits Mitglied im Verwaltungsrat eines Medizinischen Dienstes ist, kann nur noch als Mitglied in ein weiteres Gremium gewählt werden. Dies führt unmittelbar zum Verlust der Wahlvoraussetzungen für das Ehrenamt im Verwaltungsrat des Medizinischen Dienstes.

Bisherige Funktionen in der Sozialen Selbstverwaltung (Sozialversicherungen):

\_\_\_\_\_

Ich habe mich außerdem beworben für andere Funktionen in der Sozialen Selbstverwaltung (bitte aufführen):

\_\_\_\_\_

Sonstige Hinweise: \_\_\_\_\_

### **Einverständniserklärung:**

Durch meine Unterschrift erkläre ich, dass ich damit einverstanden bin, über die Liste DGB/ACA in NRW als Mitglied bzw. stellvertretendes Mitglied im Verwaltungsrat, im Regionalbeirat, im Widerspruchsausschuss der AOK - Rheinland/Hamburg oder der AOK - Nordwest vorgeschlagen und benannt zu werden. Ebenfalls gilt dieses Einverständnis für die Benennung auf der DGB/ACA Liste als Mitglied bzw. stellvertretendes Mitglied in der Vertreterversammlung, im Vorstand oder in einem Widerspruchsausschuss bei der DRV - Rheinland oder bei der DRV - Westfalen.

Nach der erfolgreichen Wahl werde ich diese Aufgabe (das Mandat) übernehmen. Ohne weitere Erklärung bin ich damit automatisch Mitglied im Berufsverband der ACA-NRW. Die Mitgliedschaft ist an das Mandat gekoppelt. Zur Finanzierung der Aufgaben der ACA werde ich einen jährlichen Mitgliedsbeitrag von z. Zt. 10% meiner Aufwandsentschädigung, die ich für meine Tätigkeit in der Sozialen Selbstverwaltung bekomme) jeweils bis zum 31.März (nach Zusendung der Steuerbescheinigung für das vergangene Jahr) zahlen. Damit unterstütze ich die Aufgaben der ACA NRW. Durch meine Unterschrift bestätige ich diese Mitgliedschaft.

Ich erteile der ACA-NRW durch meine Unterschrift ebenfalls die Erlaubnis, meine persönlichen Daten für die Arbeit der ACA, der Kommunikation mit den ACA Mitgliedsorganisationen und den Sozialversicherungsträgern sowie zur Veröffentlichung auf der ACA Internetseite (nur Name, Ort und Organisationszugehörigkeit) und der Internetseite meiner Mitgliedsorganisation zu speichern und zu nutzen.

Ort, Datum

Unterschrift

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_