

I. Vorlage

- zur Beschlussfassung
 als Bericht

Gremium

Sitzungsteil

Datum

| | bisherige Beratungsfolge | Sitzungstermin | Abstimmungsergebnis | | | | |
|---|--------------------------|----------------|---------------------|--------------|--------|------------|--------------|
| | | | einst. | mit Mehrheit | | Ja-Stimmen | Nein-Stimmen |
| | | | | angen. | abgel. | | |
| 1 | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | |

Betreff
Freiwilligen Zentrum Fürth

Zum Schreiben/Zur Vorlage der Verwaltung vom

Anlagen

Beschlussvorschlag

Sachverhalt

Mit dem Zusammenschluss des Zentrums Aktiver Bürger -ZAB- und der von Fürther Wohlfahrtsverbänden getragenen Freiwilligenbörse WoFür im Frühjahr 2008 zum Freiwilligen Zentrum Fürth (FZF) wurde die Voraussetzung für einen noch effektiveren Einsatz ehrenamtlicher Hilfe geschaffen. Ohne die Unterstützung Ehrenamtlicher können zahlreiche Aufgaben zugunsten des Allgemeinwohls gar nicht mehr geleistet werden.

Die Leiterin des FZF, Frau Aline Liebenberg, informiert die Mitglieder des Beirates für Sozialhilfe, Sozial- und Seniorenangelegenheiten über das bürgerschaftliche Engagement und gibt einen Überblick zu Aktivitäten und Projekten.

| | | | |
|------------------------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| Finanzielle Auswirkungen | | jährliche Folgekosten | |
| <input checked="" type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Gesamtkosten | € | | € |
| Veranschlagung im Haushalt | | Budget-Nr. | |
| <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | bei Hst. | im <input type="checkbox"/> Vwhh <input type="checkbox"/> Vmhh |
| wenn nein, Deckungsvorschlag: | | | |
| Zustimmung der Käm | | Beteiligte Dienststellen: | |
| liegt vor: | <input type="checkbox"/> RA | <input type="checkbox"/> RpA | <input type="checkbox"/> weitere: <input type="checkbox"/> |
| Beteiligung der Pflegerin/des Pflegers erforderlich: | | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Falls ja: Pflegerin/Pfleger wurde beteiligt | | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

II. POA/SD zur Versendung mit der Tagesordnung

III. Ref. IV/SzA

Fürth, 09.06.2009

Unterschrift des Referenten

Sachbearbeiter/in:
Herr Lippmann

Tel.:
974-1760