

## Strukturerhebungsbogen für Selbsthilfekontaktstellen

Stand der nachstehenden Angaben:

(1) Name der Selbsthilfekontaktstelle:

**Anschrift:**

**Ansprechpartner\*in der Selbsthilfekontaktstelle:**

**Telefon:**

**Mobil:**

**E-Mail:**

**Internetseite:**

**Öffnungs- bzw. Sprechzeiten der Selbsthilfekontaktstelle:**

(2) Träger der Selbsthilfekontaktstelle (falls abweichend von Punkt 1):

**Anschrift des Trägers:**

**Ansprechpartner\*in des Trägers (Name und Funktion):**

**Telefon:**

**Mobil:**

**E-Mail:**

**Internetseite:**

(3) Bitte die Fördermitteilung versenden an:

Träger

Selbsthilfekontaktstelle

(4) Gründungsjahr der Selbsthilfekontaktstelle:

(5) Anzahl der Beratungs- und Büroräume:

- (6) Über welche Angebote verfügt die Selbsthilfekontaktstelle und welche Aktivitäten führt sie regelmäßig im Interesse der gesundheitsbezogenen Selbsthilfegruppen durch?

- (7) Anzahl der hauptberuflichen dauerhaften Stellen in der Selbsthilfekontaktstelle/VZÄ (Vollzeitäquivalent):

unter 1       1 bis 2       3 bis 5       mehr als 5

- (8) Wochenstunden der Mitarbeiter\*innen der Selbsthilfekontaktstelle:

Fachkräfte:

Verwaltung:

Sonstige:

- (9) Anzahl der hauptberuflichen dauerhaften Stellen am Runden Tisch/VZÄ (Vollzeitäquivalent):

- (10) Wochenstunden der Mitarbeiter\*innen am Runden Tisch:

Fachkräfte:

Verwaltung:

- (11) Ist für die Mitarbeiter\*innen der Selbsthilfekontaktstelle die regelmäßige Teilnahme an Fortbildungsmaßnahmen vorgesehen?

Ja       Nein

- (12) Erfolgt im aktuellen Förderjahr voraussichtlich eine Förderung Ihrer Selbsthilfekontaktstelle durch Eigenmittel/Drittmittel?

Ja       Nein

Wenn ja, wie hoch ist der Anteil prozentual zum Gesamtfinanzierungsplan?  %

**(13) Einzugsbereich der Selbsthilfekontaktstelle:**

- a) Bitte nennen Sie die Region, Bezirk, Kreis, Stadt:

- b) Anzahl der Einwohner\*innen im Einzugsbereich:

- c) Anzahl der gesundheitsbezogenen Selbsthilfegruppen im Einzugsbereich:

- d) Anzahl der sozialen Selbsthilfegruppen im Einzugsbereich:

- e) Anzahl der Einzelpersonen, die Informationen weitergeben (und aktuell keine SHG besteht):

**(14) Einzugsbereich des Regionalen Runden Tisches:**

- a) Bitte nennen Sie die Region, Bezirk, Kreis, Stadt:

- b) Anzahl der Einwohner\*innen im Einzugsbereich:

- c) Anzahl der geförderten gesundheitsbezogenen Selbsthilfegruppen im Einzugsbereich:

**(15) Ist die Selbsthilfekontaktstelle grundsätzlich für alle interessierten/Bürger\*innen offen?**

- 
- Ja
- 
- Nein

**(16) Ist die Selbsthilfekontaktstelle neutral ausgerichtet?**

(keine parteipolitische, religiöse oder weltanschauliche Ausrichtung, keine Verfolgung kommerzieller Interessen)

- 
- Ja
- 
- Nein

**(17) Arbeitet die Selbsthilfekontaktstelle indikationsübergreifend?**

- 
- Ja
- 
- Nein

**(18) Wie stellen Sie das fachliche, eigenständige, institutionelle Profil Ihrer Selbsthilfekontaktstelle in der Öffentlichkeit dar? (z. B. durch Leitbild, Jahresbericht)**

**(19) Besteht eine Mitgliedschaft und erfolgt eine aktive Mitarbeit** im Verein Selbsthilfekontaktstellen Bayern e.V. (SHK Bayern e.V.) und eine Zusammenarbeit mit der Selbsthilfekoordination Bayern (SeKo Bayern) sowie die Teilnahme an Mitgliederversammlungen, Fortbildungen und sonstigen Veranstaltungen des SHK Bayern e.V. und der SeKo?

Ja

Nein

**Mitgliedschaft im Verein SHK Bayern e.V. seit:**

**Zusammenarbeit mit SeKo seit:**

Ort, Datum

1. Vertretungsbefugte\*r (lt. Satzung\*) und ggf. Stempel

Ort, Datum

2. Vertretungsbefugte\*r (lt. Satzung\*) und ggf. Stempel

\* Sofern lt. Satzung nur eine vertretungsbefugte Person benannt ist, ist dies ausreichend