

Strukturerhebungsbogen für Selbsthilfekontaktstellen

Stand der nachstehenden Angaben: (Datum)

(1) **Name der Selbsthilfekontaktstelle:**

Anschrift:

AnsprechpartnerIn in der Selbsthilfekontaktstelle:

Telefon:

Telefax:

E-Mail:

Internet:

Öffnungs- bzw. Sprechzeiten der Selbsthilfekontaktstelle:

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

Anschrift des Trägers:

AnsprechpartnerIn des Trägers (Name und Funktion):

Telefon:

Telefax:

E-Mail:

Internet:

(3) **Gründungsjahr der Selbsthilfekontaktstelle:**

(4) **Anzahl der Beratungs- und Büroräume der Selbsthilfekontaktstelle:**

- (5) **Über welche Angebote verfügt die Selbsthilfekontaktstelle und welche Aktivitäten führt sie regelmäßig im Interesse der gesundheitsbezogenen Selbsthilfegruppen durch?** (z.B. Selbsthilfetage)

- (6) **Anzahl der hauptberuflichen dauerhaften Stellen in der Selbsthilfekontaktstelle**
(Beschäftigungsverhältnis mind. ein Jahr):

keine unter 1 1 bis 2 3 bis 5 mehr als 5

- (7) **Fachliche Qualifikation der MitarbeiterInnen der Selbsthilfekontaktstelle:**

Ausbildung:	Anzahl der Stunden:
Ausbildung:	Anzahl der Stunden:
Ausbildung:	Anzahl der Stunden:

- (8) **Ist für die MitarbeiterInnen der Selbsthilfekontaktstelle die regelmäßige Teilnahme an Fortbildungsmaßnahmen vorgesehen?**

Ja Nein

- (9) **Erfolgt im aktuellen Förderjahr voraussichtlich eine Förderung Ihrer Selbsthilfekontaktstelle durch die öffentliche Hand?**

Ja Wenn ja, wie hoch ist er prozentual zum Gesamtfinanzierungsplan? % Nein

Wenn ja, bitte im beigefügten Gesamtfinanzierungsplan angeben.

- (10) **Einzugsbereich der Selbsthilfekontaktstelle**

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

b) Anzahl der EinwohnerInnen im Einzugsbereich:

c) Anzahl der gesundheitsbezogenen Selbsthilfegruppen im Einzugsbereich:

(11) **Ist die Selbsthilfekontaktstelle grundsätzlich für alle Interessenten/Bürger offen?**

Ja Nein Nur für Mitglieder des Trägers

Wenn nein, bitte Begründung angeben:

(12) **Ist die Selbsthilfekontaktstelle neutral ausgerichtet?** (keine parteipolitische, religiöse oder weltanschauliche Ausrichtung, keine Verfolgung kommerzieller Interessen)

Ja Nein

Wenn nein, bitte erläutern:

(13) **Arbeitet die Selbsthilfekontaktstelle indikationsgruppenübergreifend?**

Ja Nein

Wenn nein, bitte Spezialisierung nennen:

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

(15) **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

Mitgliedschaft im Verein SHK Bayern e.V. seit _____ oder beantragt:

Zusammenarbeit mit SeKo Bayern seit _____

Nein

Ort, Datum

1. Vertretungsbefugter (lt. Satzung*) und ggf. Stempel

Ort, Datum

2. Vertretungsbefugter (lt. Satzung*) und ggf. Stempel

* Sofern lt. Satzung nur ein Vertretungsbefugter benannt ist, ist dies ausreichend.