



Anlage 1

# Strukturerhebungsbogen

## Angaben zur Selbsthilfekontaktstelle:

Name der Kontaktstelle	
Anschrift	
Ansprechpartner/in	
Telefon	
E-Mail	
Internetadresse	

## Träger der Kontaktstelle (falls abweichend):

Name des Trägers der Kontaktstelle	
Anschrift des Trägers	
Ansprechpartner/in des Trägers	
Telefon	
E-Mail	
Internetadresse	

**Fach- und Verwaltungskräfte der Selbsthilfekontaktstelle\*:**

**Mitarbeitende, die direkt in der Selbsthilfekontaktstelle arbeiten und den Qualitätskriterien der LAG KST entsprechen:**

Lfd. Nr	Name	Berufliche Qualifikation (Bezeichnung)	Wochenarbeitszeit in Stunden	Geplante Personalkosten 2024
1				
2				
3				
4				

**Mitarbeitende, die direkt in der Selbsthilfekontaktstelle arbeiten und nicht den Qualitätskriterien der LAG KST entsprechen:**

Lfd. Nr	Name	Berufliche Qualifikation (Bezeichnung)	Wochenarbeitszeit in Stunden	Geplante Personalkosten 2024
1				
2				
3				
4				

**Mitarbeitende, die für die Selbsthilfekontaktstelle arbeiten und im Haushalt der Selbsthilfekontaktstelle enthalten sind (z.B. Geschäftsführung, Controlling, Reinigungskräfte, IT etc.):**

Lfd. Nr	Name	Stellenbezeichnung	Wochenarbeitszeit in Stunden	Geplante Personalkosten 2024
1				
2				
3				
4				

\*Sollten die Tabellen nicht ausreichen, so legen Sie bitte eine gesonderte Übersicht bei.

**Allgemeine Angaben:**

Gründungsjahr der Selbsthilfekontaktstelle	
Öffnungs-, bzw. Sprechzeiten der Selbsthilfekontaktstelle	
Anzahl der Büroräume der Selbsthilfekontaktstelle insgesamt	
Anzahl der Räume, die für Selbsthilfegruppen zur Verfügung stehen	
Anzahl der zu betreuenden Selbsthilfegruppen (alle)	
Anzahl der <b>gesundheitsbezogenen</b> Selbsthilfegruppen	
Entwicklung der gesundheitsbezogenen Selbsthilfegruppen im Vergleich zum Vorjahr	
Einzugsgebiet der Selbsthilfekontaktstelle (Stadt, Region, Kreis)	
Einwohnerzahl im Einzugsbereich	

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

Ja    Nein

Wenn nein, bitte erläutern:

---

**Arbeitet die Selbsthilfekontaktstelle indikationsübergreifend?**

Ja    Nein

**Erfolgt im aktuellen Förderjahr voraussichtlich eine Förderung Ihrer Selbsthilfekontaktstelle durch die öffentliche Hand?**

Ja (Wenn ja, bitte im beigefügten Gesamtfinanzierungsplan angeben)

Nein

Wenn nein, bitte erläutern:

---

---