

Strukturerhebungsbogen für Selbsthilfeorganisationen

(Anlage 1)

Stand der nachstehenden Angaben: (Datum)

Name des Landesverbandes:

Anschrift:

Vorsitzende(r)/Präsident(in):

ggf. Geschäftsführer(in):

Telefon:

Telefax:

E-Mail:

Internet:

(1) a) Gründungsjahr des Landesverbandes:

b) Jahr der Eintragung in das Vereinsregister:

c) Falls noch kein e.V., wann ist die Eintragung vorgesehen?

d) Gründe für die Nichteintragung in das Vereinsregister:

(2) a) Gesamtzahl der Einzelmitglieder:

b) Anzahl der zugehörigen örtlichen Selbsthilfegruppen im Land:

(3) a) Erhebt Ihr Landesverband Mitgliedsbeiträge?

Ja Nein

b) Wenn ja, Höhe des Mitgliedsbeitrages:

€

c) Wenn nein, Zuweisung von Mitgliedsbeiträgen von Bundesorganisation?

Ja Nein

(4) a) Ist Ihr Landesverband bundeslandübergreifend aktiv?

Ja Nein

b) Wenn ja, Sitz des Landesverbandes:

(5) In welchen übergeordneten Organisationen ist Ihr Landesverband Mitglied?

Landesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe e.V. (LAG SELBSTHILFE)

Landesverband des PARITÄTISCHEN e.V. (DPWV)

Andere Wohlfahrts-/Sozialverbände:

Sonstige (z.B. Fachgesellschaften):

(5) Anzahl der hauptberuflichen Stellen im Landesverband:

- keine unter 1 1 bis 2 3 bis 5 6 bis 10 mehr als 10

(6) a) Name der Erkrankung/Behinderung:

[Empty text box for name of illness/disability]

b) Zuordnung der Erkrankung zum Krankheitsverzeichnis nach § 20h SGB V (Krankheitsobergruppen):

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Krankheiten des Kreislaufsystems | <input type="checkbox"/> Hirnbeschädigungen |
| <input type="checkbox"/> Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems, der Gelenke, der Muskeln und des Bindegewebes | <input type="checkbox"/> Endokrine Ernährungs- und Stoffwechsel-Krankheiten |
| <input type="checkbox"/> Bösartige Neubildungen, Tumorerkrankungen | <input type="checkbox"/> Krankheiten des Blutes, des Immunsystems/ Immundefekte |
| <input type="checkbox"/> Allergische und asthmatische Erkrankungen, Krankheiten des Atmungssystems | <input type="checkbox"/> Krankheiten der Sinnesorgane, Hör-, Seh- und Sprachbehinderungen |
| <input type="checkbox"/> Erkrankungen der Verdauungsorgane und des Urogenitaltraktes | <input type="checkbox"/> Infektiöse Krankheiten |
| <input type="checkbox"/> Lebererkrankungen | <input type="checkbox"/> Psychische und Verhaltensstörungen, Psychische Erkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Hauterkrankungen, chronische Krankheiten des Hautanhanggebildes und der Unterhaut | <input type="checkbox"/> Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien |
| <input type="checkbox"/> Suchterkrankungen | <input type="checkbox"/> Chronische Schmerzen |
| <input type="checkbox"/> Krankheiten des Nervensystems | <input type="checkbox"/> Organtransplantationen |

c) Kurzbeschreibung der Erkrankung / Behinderung (ggf. Faltblatt/Selbstdarstellung beifügen):

[Three empty text boxes for short description of illness/disability]

d) Angaben zur Verbreitung der Erkrankung / Behinderung (soweit bekannt):

[Two empty text boxes for distribution information]

(7) Selbstdarstellung des Landesverbandes:

- Broschüre, Faltblatt, Newsletter, Mitgliederzeitschrift, Homepage (Ausdruck) o.ä. zur Selbstdarstellung des Landesverbandes, der Ziele und Arbeitsschwerpunkte ist /sind beigefügt.

(8) Hat sich Ihr Landesverband eigene Leitsätze zur Wahrung der Neutralität und Unabhängigkeit im Umgang mit im Wettbewerb stehenden Wirtschaftsverbänden/-unternehmen gegeben?

- Ja Nein

[Empty box for location and date]

Ort, Datum

[Empty box for signature and stamp]

rechtsverbindliche Unterschrift (und ggf. Stempel)