

Strukturerhebungsbogen für Selbsthilfeorganisationen

(Anlage 1)

Stand der nachstehenden Angaben: [Redacted] (Datum)

Name des Landesverbandes:	[Redacted]
Anschrift:	[Redacted]
Vorsitzende(r)/Präsident(in):	[Redacted]
ggf. Geschäftsführer(in):	[Redacted]
Telefon:	[Redacted]
	Telefax: [Redacted]
E-Mail:	[Redacted]
	Internet: [Redacted]

- (1) a) Gründungsjahr des Landesverbandes: [Redacted]
- b) Jahr der Eintragung in das Vereinsregister: [Redacted]
- c) Falls noch kein e.V., wann ist die Eintragung vorgesehen? [Redacted]
- d) Gründe für die Nichteintragung in das Vereinsregister:
[Redacted]
- (2) a) Gesamtzahl der Einzelmitglieder: [Redacted]
- b) Anzahl der zugehörigen örtlichen Selbsthilfegruppen im Land: [Redacted]
- (3) a) Erhebt Ihr Landesverband Mitgliedsbeiträge?  Ja Nein
b) Wenn ja, Höhe des Mitgliedsbeitrages: [Redacted] €
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: [Redacted]
- (5) In welchen übergeordneten Organisationen ist Ihr Landesverband Mitglied?
 Landesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe e.V. (LAG SELBSTHILFE)
 Landesverband des PARITÄTISCHEN e.V. (DPWV)
 Andere Wohlfahrts-/Sozialverbände: [Redacted]
 Sonstige (z.B. Fachgesellschaften): [Redacted]

(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:

[Redacted]

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):

[Redacted]
[Redacted]
[Redacted]

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

[Redacted]

(7) a) Werden von Ihrem Landesverband digitale Anwendungen und Angebote genutzt und angeboten?

- Ja Nein 

b) Die geltenden Anforderungen an Datenschutz und Datensicherheit werden eingehalten?

Ja Nein

(8) Selbstdarstellung des Landesverbandes:

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

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

- Ja Nein

[Redacted]

Ort, Datum

[Redacted]

Ort, Datum

[Redacted]

Unterschrift 1. Vertretungsbefugter

[Redacted]

Unterschrift 2. Vertretungsbefugter