

Programmlinie Pflegeselbsthilfe zum Landesförderplan Alter und Pflege

Dokumentation regelmäßiger Treffen der Pflegeselbsthilfegruppe

Gesamte Seite 1 ist vom betreuenden Kontaktbüro vorzufüllen und der SHG zur Verfügung zu stellen

Betreuendes Kontaktbüro Pflegeselbsthilfe:

Angabe vierstellige Geschäftszeichen-Nr. im Zuwendungsbescheid:

Bezeichnung der Gruppe aus Anmeldung:

Angabe vierstellige Geschäftszeichen-Nr. im Zuwendungsbescheid + laufende Nr. im Bescheid:

GZ-Nr:

lfd. Nr.:

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Bitte ankreuzen (x)

Es handelt sich um eine Gruppe

- pflegebedürftiger Menschen
- pflegender Angehöriger
- pflegender Angehöriger und Pflegebedürftiger

Hierbei handelt es sich um eine

- dauerhafte Präsenz-Gruppe
- dauerhafte, betreute Online-Gruppe

Die Gruppe ist

- selbstorganisiert
- angeleitet

Ort, Treffpunkt und Zeiten der Gruppentreffen (regelmäßig, d.h. in der Regel monatlich, mit Ausnahme dauerhafter, betreuter Online-Angebote):

Kontaktperson der Gruppe:
(Kontaktdaten)

Anleiterin / Anleiter der Gruppe:
(Kontaktdaten)

Gründung der Gruppe:
(Monat/Jahr)

Beginn der Betreuung der Gruppe:
(Monat/Jahr)

Beginn finanzielle Unterstützung der Gruppe (Monat/Jahr):

Ende finanzielle Unterstützung der Gruppe (Monat/Jahr):

Auflösung der Gruppe:
(Monat/Jahr)

Programmlinie Pflegeselbsthilfe zum Landesförderplan Alter und Pflege

Dokumentation regelmäßiger Treffen der Pflegeselbsthilfegruppe

Seite 2 ist Verlauf des Jahres durch die Pflegeselbsthilfegruppe auszufüllen

Jahr	Anzahl der Gruppenmitglieder	Datum der Gruppentreffen:	Anzahl der Teilnehmenden an Gruppentreffen
Beispielmonat	<i>10</i>	<i>08.01.; 19.01.; 28.01.</i>	<i>9; 10; 10</i>
Januar			
Februar			
März			
April			
Mai			
Juni			
Juli			
August			
September			
Oktober			
November			
Dezember			
Anzahl der Gruppentreffen			

Ich bestätige, dass die vorgenannte angegebene Pflegeselbsthilfegruppe im Sinne der Programmlinie Pflegeselbsthilfe des Landesförderplans Alter und Pflege regelmäßige Treffen (d.h. in der Regel monatlich, mit Ausnahme dauerhafter, betreuter Online-Angebote) anbietet und von vorgenanntem Kontaktbüro Pflegeselbsthilfe betreut wird.

Ort, Datum	Unterschrift der hauptamtlichen Fachkraft des Kontaktbüros Pflegeselbsthilfe

Ort, Datum	Unterschrift der im Rahmen des Projektes eingesetzten und für die jeweilige Pflegeselbsthilfegruppe zuständigen Person -falls vorhanden und nicht identisch mit der hauptamtlichen Fachkraft-