

Allgemeine Informationen

Vollständiger Name der Selbsthilfegruppe / des Beratungsangebots													
Mitglied in einem Landes- oder Bundesverband? Wenn ja, in welchem?													
Thema in Stichworten z.B. Rheuma, Depression, usw.													
Das Angebot richtet sich an	<table> <tr> <td>Betroffene</td> <td>Angehörige</td> <td>Interessierte</td> </tr> <tr> <td>Frauen</td> <td>Männer</td> <td>Divers</td> </tr> <tr> <td>Erwachsene</td> <td>Jugendliche</td> <td>Kinder</td> </tr> <tr> <td>Sonstige:</td> <td colspan="2">_____</td> </tr> </table>	Betroffene	Angehörige	Interessierte	Frauen	Männer	Divers	Erwachsene	Jugendliche	Kinder	Sonstige:	_____	
Betroffene	Angehörige	Interessierte											
Frauen	Männer	Divers											
Erwachsene	Jugendliche	Kinder											
Sonstige:	_____												
Ist das Angebot kostenlos?	ja nein												
Arbeitsschwerpunkte und Ziele Bitte beschreiben Sie die Arbeit bzw. das Angebot Ihrer Selbsthilfegruppe / des Beratungsangebots													
Sonstige Informationen													

Gruppentreffen

<p>Wann finden die Treffen / findet die Beratung statt? (Wochentag und Rhythmus) z. B. "jeden 3. Freitag im Monat"</p>	
<p>Uhrzeit</p>	
<p>Treffpunkt Einrichtung, Adresse, PLZ, Ort</p>	
<p>Ist der Zugang barrierefrei?</p>	<p>ja nein</p>
<p>Die Gruppe wird angeleitet von</p>	<p>Betroffenen Angehörigen Professioneller Fachkraft Sonstige: _____</p>
<p>Sonstige Informationen zu den Gruppentreffen / dem Beratungsangebot</p>	

Öffentliche Kontaktdaten

Diese Daten dienen zur **Weitergabe an Interessierte**, um einen Kontakt zu Ihrer Selbsthilfegruppe / Ihrem Beratungsangebot herzustellen. Bitte kreuzen Sie auch an, auf welchen Medien die Daten veröffentlicht werden dürfen.

1. Ansprechpartner*in

Vorname	
Nachname	
Telefon	_____ privat dienstlich
Mobil	
Gruppen-Handy	
E-Mail-Adresse	
Homepage	
Diese Kontaktdaten dürfen veröffentlicht werden auf:	<input type="checkbox"/> Webseite KISS Mainz / DER PARITÄTISCHE <input type="checkbox"/> Selbsthilfewegweiser <input type="checkbox"/> facebook

2. Ansprechpartner*in

Vorname	
Nachname	
Telefon	_____ privat dienstlich
Mobil	
E-Mail-Adresse	
Homepage	
Diese Kontaktdaten dürfen veröffentlicht werden auf:	<input type="checkbox"/> Webseite KISS Mainz / DER PARITÄTISCHE <input type="checkbox"/> Selbsthilfewegweiser <input type="checkbox"/> facebook

Interne Kontaktdaten / Ansprechpartner

Wie kann Ihre Selbsthilfegruppe / Ihr Beratungsangebot von der **KISS Mainz / DER PARITÄTISCHE** kontaktiert werden? Bitte geben Sie eine vollständige Postanschrift an. Dies kann die Adresse des Gruppensprechers bzw. der Gruppensprecherin sein.

Hinweis: Diese Adresse dient ausschließlich **internen** Zwecken und wird **nicht** an Dritte weitergegeben.

1. Ansprechpartner*in

Institution	
Anrede, Titel	
Vorname	
Nachname	
ggf. Adresszusatz	
Straße und Hausnummer	
PLZ, Ort	
Telefon	_____ privat dienstlich
Mobil	
E-Mail-Adresse	

2. Ansprechpartner*in

Institution	
Anrede, Titel	
Vorname	
Nachname	
ggf. Adresszusatz	
Straße und Hausnummer	
PLZ, Ort	
Telefon	_____ privat dienstlich
Mobil	
E-Mail-Adresse	

Einverständniserklärung

1. Ich stimme der Erhebung, Verarbeitung und Speicherung der auf den Seiten 1-4 enthaltenen Angaben bei der KISS Mainz / DER PARITÄTISCHE zu. Ich bin damit einverstanden, dass die Informationen **intern** für die Beratungsarbeit genutzt werden.
2. Ich stimme zu, dass die auf **Seite 3** angegebenen öffentlichen Kontaktdaten an Interessierte **weitergegeben** werden und in den angekreuzten Medien **veröffentlicht** werden können.
3. **Nur für Beratungsstellen und andere Institutionen:** Der Name der Institution sowie deren Anschrift dürfen ebenfalls in den auf Seite 3 angekreuzten Medien veröffentlicht werden.

Name der Selbsthilfegruppe / des Beratungsangebots		
Vor- und Nachname	<u>1. Ansprechpartner*in</u>	<u>2. Ansprechpartner*in</u>
Ort, Datum		
Unterschrift		

Sie haben das Recht, Ihre Einwilligung jederzeit zu widerrufen. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit, der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung, nicht berührt.

Rücksendung

Bitte senden Sie das ausgefüllte und handschriftlich unterschriebene Formular im Original per Post an:

KISS Mainz | DER PARITÄTISCHE
Parcusstraße 8
55116 Mainz