

Älterwerden in Offenbach: Aktiv – Lebenswert – Solidarisch

Bestandsaufnahme aller seniorenspezifischen Angebote in der Stadt Offenbach am Main

1.	Name des Vereins, der Einrichtung, Gruppe o.ä.: _____ _____
2.	Adresse: Straße; Nr. : _____ Postleitzahl: _____ Stadtteil: _____ Tel.: _____ Fax _____ E-Mail: _____
3.	Rechtsform bzw. Träger: Verein <input type="checkbox"/> Kommune <input type="checkbox"/> Deutsches Rotes Kreuz <input type="checkbox"/> Arbeiterwohlfahrt <input type="checkbox"/> Caritasverband <input type="checkbox"/> Diakonischeswerk <input type="checkbox"/> Katholisches Dekanat <input type="checkbox"/> Ev. Kirchengemeindeverband <input type="checkbox"/> Jüdische Gemeinde <input type="checkbox"/> Paritätischer Wohlfahrtsverband <input type="checkbox"/> anderes (z.B. Selbsthilfegruppe, anderer relig. Träger): _____
4.	Welche Ihrer Angebote werden von Seniorinnen und Senioren genutzt? (Bitte Zutreffendes ankreuzen) <input type="checkbox"/> Angebote nur für Mitglieder <input type="checkbox"/> Bildungsangebote <input type="checkbox"/> Beratungsangebote <input type="checkbox"/> Selbsthilfegruppen <input type="checkbox"/> Informationsveranstaltungen <input type="checkbox"/> Kulturelle Veranstaltungen <input type="checkbox"/> Sport- bzw. Bewegungsangebote <input type="checkbox"/> Ausflüge / Erholungsangebote <input type="checkbox"/> Gesellige Angebote <input type="checkbox"/> Pflegerische Angebote <input type="checkbox"/> Verpflegungsangebote <input type="checkbox"/> Besuchsdienste <input type="checkbox"/> Unterstützungsangebote (z.B. Umzugshilfe, Gartenpflege u.ä.) wenn ja, welche? _____ <input type="checkbox"/> Zielgruppenspezifische Angebote (z.B. für Migranten; Behinderte; Männer; Frauen) wenn ja, für welche Gruppen? _____ <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ _____
5.	Gibt es spezielle Angebote für Seniorinnen und Senioren? nein <input type="checkbox"/> → Bitte weiter mit Frage 6 ja <input type="checkbox"/> → Bitte weiter mit Frage 7
6.	Wieviele Personen gehören zu Ihrem Verein, Ihrer Einrichtung, Gruppe o.ä.? Gesamtzahl _____ Zahl der Personen über 54 Jahre _____ → Bitte weiter mit Frage 24

7.	Seniorenarbeit seit dem Jahr: _____
8.	Verantwortliche Personen für die Seniorenarbeit oder Seniorengruppe: Name: _____ Name: _____ Name: _____ Tel.durchwahl: _____ Tel.durchwahl : _____ Tel.durchwahl: _____ keine spezifische Person <input type="checkbox"/>
9.	Sprechzeiten: _____ _____
10.	Öffnungszeiten für Seniorinnen und Senioren: Montag von _____ bis _____ Freitag von _____ bis _____ Dienstag von _____ bis _____ Samstag von _____ bis _____ Mittwoch von _____ bis _____ Sonntag von _____ bis _____ Donnerstag von _____ bis _____
11.	Anzahl der Räume , die für Seniorenaktivitäten genutzt werden (ohne Verwaltungsräume u.ä.) nach Größe: bis ca. 20 m ² : _____ bis ca. 40 m ² : _____ größer: _____ Davon Räume mit spezieller Ausstattung (z.B. Turnhalle, Café): _____ Wie viele Räume sind barrierefrei (für Rollstühle geeignet)? _____ Behindertentoilette ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
12.	Ist ein Nichtraucher-Bereich vorhanden? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
13.	Bitte geben Sie die Tage an, an denen die Einrichtung oder einzelne Räume gar nicht genutzt werden. _____
14.	Erreichbarkeit der Einrichtung: Öffentlicher Nahverkehr: Bus Nr. _____ Haltestelle _____ Entfernung der Haltestelle bis 200m <input type="checkbox"/> bis 500m <input type="checkbox"/> bis 1000m <input type="checkbox"/> mehr <input type="checkbox"/> S-Bahn Haltestelle _____ Entfernung der Haltestelle bis 200m <input type="checkbox"/> bis 500m <input type="checkbox"/> bis 1000m <input type="checkbox"/> mehr <input type="checkbox"/> Sind ausreichend Parkplätze vorhanden? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> wenn ja: mit Gebühr <input type="checkbox"/> ohne Gebühr <input type="checkbox"/> Behindertenparkplatz ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> wenn, ja mit Gebühr <input type="checkbox"/> ohne Gebühr <input type="checkbox"/> eigene Fahrdienste ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

17.	<p>Wie machen Sie auf Ihr Angebot bzw. Ihre Veranstaltungen aufmerksam?</p> <p>Schaukasten <input type="checkbox"/></p> <p>Hausmitteilung <input type="checkbox"/></p> <p>Broschüre <input type="checkbox"/></p> <p>Pressemitteilung <input type="checkbox"/></p> <p>Internet <input type="checkbox"/></p> <p>sonstiges _____</p>
18.	<p>Für die Seniorenarbeit oder -gruppe zuständiges Personal (Stichtag 30.06.2001):</p> <p style="text-align: right;">Anzahl</p> <p>Ehrenamtliche _____</p> <p>Bezahlte Kräfte _____</p> <p>davon: Pädagogisches Fachpersonal _____</p> <p style="padding-left: 20px;">Psychologisches Fachpersonal _____</p> <p style="padding-left: 20px;">Sportpädagogisches Fachpersonal _____</p> <p style="padding-left: 20px;">Gerontologisches Fachpersonal _____</p> <p style="padding-left: 20px;">Theologisches Fachpersonal _____</p> <p>Sozialarbeiter/in _____</p> <p>Verwaltungspersonal _____</p> <p>andere bezahlte Kräfte _____</p> <p style="padding-left: 40px;">wenn ja, welche: _____</p> <p>anderes Personal _____</p> <p>(z.B. Praktikanten, Zivildienstleistende) wenn ja, welches: _____</p>
19.	<p>Vom zuständigen Personal Anzahl der Personen mit:</p> <p style="padding-left: 40px;">unbefristeten Arbeitsverträgen _____</p> <p style="padding-left: 40px;">befristete Arbeitsverträgen _____</p> <p style="padding-left: 40px;">regelmäßige Honorarkräfte _____</p> <p style="padding-left: 40px;">regelmäßig auf 630-DM-Basis _____</p> <p>sonstige _____</p>
20.	<p>Gibt es ein Angebot zur Fort- und Weiterbildung für Ihr Personal in der Seniorenarbeit?</p> <p style="text-align: center;">ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/></p>
21.	<p>Liegt ein Arbeitskonzept mit Zielformulierung für die Seniorenarbeit vor? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/></p> <p>wenn ja, bitte mitsenden.</p>
22.	<p>Welche seniorenspezifische Projekte sind in Planung? keine <input type="checkbox"/></p> <p>Projekte _____</p> <p>_____</p>

23.	Welche Schwierigkeiten in Bezug auf Seniorenarbeit sehen Sie in Ihrer Einrichtung ? <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
24.	Welches Angebot für ältere Menschen fehlt Ihrer Meinung nach in der Stadt Offenbach? <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
25.	Welche positiven Entwicklungen in Bezug auf Seniorenarbeit sehen Sie in der Stadt Offenbach ? <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
26.	Welche Schwierigkeiten in Bezug auf Seniorenarbeit sehen Sie in der Stadt Offenbach allgemein? <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

Datum: _____

Name: _____

Funktion: _____

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!