

Betreuendes Kontaktbüro Pflegeselbsthilfe (vierstellige Geschäftszeichen-Nr. im Zuwendungsbescheid + Träger + Ort):

Bezeichnung der Gruppe (vierstellige Geschäftszeichen-Nr. im Zuwendungsbescheid + laufende Nr. im Zuwendungsbescheid + individueller Gruppenname):

Es handelt sich um eine	<input type="checkbox"/> a) Gruppe pflegebedürftiger Menschen	<input type="checkbox"/> b) Gruppe pflegender Angehöriger	
	<input type="checkbox"/> c) angeleitete Gruppe	<input type="checkbox"/> d) selbstorganisierte Gruppe	
	<input type="checkbox"/> e) dauerhafte, betreute Online-Gruppe		

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 der finanziellen Unterstützung der Gruppe (Monat/Jahr):		Ende der finanziellen Unterstützung der Gruppe (Monat/Jahr):		Auflösung der Gruppe: (Monat/Jahr):	
--	--	--	--	---	--

Programmlinie Pflegeselbsthilfe zum Landesförderplan Alter und Pflege: Dokumentation regelmäßiger Treffen der Pflegeselbsthilfegruppe

Jahr: _____	Anzahl der Gruppenmitglieder (mindestens 5 Personen):	Datum der Gruppentreffen:	Anzahl der Teilnehmerinnen / Teilnehmer an Gruppentreffen:
Januar			
Februar			
März			
April			
Mai			
Juni			
Juli			
August			
September			
Oktober			
November			
Dezember			
Anzahl der Gruppentreffen im Jahr insgesamt:			

Ich bestätige, dass die umseitig 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 vom umseitig angegebenen Kontaktbüro Pflegeselbsthilfe betreut wird.

Ort, Datum

Unterschrift einer Kontaktperson der Gruppe (oder der Anleiterin / des Anleiters)