

## Allgemeine Informationen

<b>Vollständiger Name der Selbsthilfegruppe / des Beratungsangebots</b>	
<b>Mitglied in einem Landes- oder Bundesverband?</b> <b>Wenn ja, in welchem?</b>	
<b>Thema in Stichworten</b> z.B. Rheuma, Depression, usw.	
<b>Das Angebot richtet sich an</b>	<input type="checkbox"/> Betroffene <input type="checkbox"/> Angehörige <input type="checkbox"/> Interessierte <input type="checkbox"/> Frauen <input type="checkbox"/> Männer <input type="checkbox"/> Divers <input type="checkbox"/> Erwachsene <input type="checkbox"/> Jugendliche <input type="checkbox"/> Kinder <input type="checkbox"/> Sonstige:
<b>Ist das Angebot kostenlos?</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Arbeitsschwerpunkte und Ziele</b> Bitte beschreiben Sie die Arbeit bzw. das Angebot Ihrer Selbsthilfegruppe / des Beratungsangebots	Zustimmung Veröffentlichung: <input type="checkbox"/> Webseite KISS Mainz   DER PARITÄTISCHE <input type="checkbox"/> Selbsthilfewegweiser (bei Fragen hierzu wenden Sie sich bitte an die KISS Mainz)
<b>Sonstige Informationen</b>	

<b>Gruppentreffen</b>	
<b>Wann finden die Treffen / findet die Beratung statt?</b> <b>(Wochentag und Rhythmus)</b> z. B. "jeden 3. Freitag im Monat"	
<b>Uhrzeit</b>	
<b>Treffpunkt</b> Einrichtung, Adresse, PLZ, Ort	Zustimmung Veröffentlichung: <input type="checkbox"/> Webseite KISS Mainz   DER PARITÄTISCHE <input type="checkbox"/> Selbsthilfewegweiser (bei Fragen hierzu wenden Sie sich bitte an die KISS Mainz)
<b>Ist der Zugang barrierefrei?</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Die Gruppe wird angeleitet von</b>	<input type="checkbox"/> Betroffenen <input type="checkbox"/> Angehörigen <input type="checkbox"/> Professioneller Fachkraft (dienstlich) <input type="checkbox"/> Sonstige:
<b>Sonstige Informationen zum Treffpunkt</b>	

## 1. Kontaktperson

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.

### Öffentliche Kontaktdaten:

<b>Institution</b>	
<b>Anrede, Titel</b>	
<b>Vorname</b>	
<b>Nachname</b>	
<b>Telefon</b>	<input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> dienstlich
<b>Mobil</b>	
<b>Gruppen-Handy</b>	
<b>E-Mail-Adresse</b>	
<b>Homepage</b>	
<b>Diese Kontaktdaten dürfen veröffentlicht werden auf:</b>	<input type="checkbox"/> Webseite KISS Mainz / DER PARITÄTISCHE <input type="checkbox"/> Selbsthilfewegweiser (bei Fragen hierzu wenden Sie sich bitte an die KISS Mainz)

### Interne Kontaktdaten:

Wie kann Ihre Selbsthilfegruppe 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.

<b>Institution</b>	
<b>Anrede, Titel</b>	
<b>Vorname</b>	
<b>Nachname</b>	
<b>ggf. Adresszusatz</b>	
<b>Straße und Hausnummer</b>	
<b>PLZ, Ort</b>	
<b>Telefon</b>	<input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> dienstlich
<b>Mobil</b>	
<b>E-Mail-Adresse</b>	

## Einverständniserklärung 1. Kontaktperson

1. Ich stimme der Erhebung, Verarbeitung und Speicherung der auf den **Seiten 1-3** 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.

<b>Name der Selbsthilfegruppe / des Beratungsangebots</b>	
<b>Vor- und Nachname</b>	
<b>Ort, Datum</b>	
<b>Unterschrift</b>	

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.

## 2. Kontaktperson

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.

### Öffentliche Kontaktdaten:

<b>Institution</b>	
<b>Anrede, Titel</b>	
<b>Vorname</b>	
<b>Nachname</b>	
<b>Telefon</b>	<input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> dienstlich
<b>Mobil</b>	
<b>Gruppen-Handy</b>	
<b>E-Mail-Adresse</b>	
<b>Homepage</b>	
<b>Diese Kontaktdaten dürfen veröffentlicht werden auf:</b>	<input type="checkbox"/> Webseite KISS Mainz / DER PARITÄTISCHE <input type="checkbox"/> Selbsthilfewegweiser (bei Fragen hierzu wenden Sie sich bitte an die KISS Mainz)

### Interne Kontaktdaten:

Wie kann Ihre Selbsthilfegruppe 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.

<b>Institution</b>	
<b>Anrede, Titel</b>	
<b>Vorname</b>	
<b>Nachname</b>	
<b>ggf. Adresszusatz</b>	
<b>Straße und Hausnummer</b>	
<b>PLZ, Ort</b>	
<b>Telefon</b>	<input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> dienstlich
<b>Mobil</b>	
<b>E-Mail-Adresse</b>	

## Einverständniserklärung 2. Kontaktperson

1. Ich stimme der Erhebung, Verarbeitung und Speicherung der auf den **Seiten 1-2 und 5** 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 5** 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 5** angekreuzten Medien veröffentlicht werden.

<b>Name der Selbsthilfegruppe / des Beratungsangebots</b>	
<b>Vor- und Nachname</b>	
<b>Ort, Datum</b>	
<b>Unterschrift</b>	

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.