

FRAGEBOGEN FÜR INTERESSENTEN DES PROJEKTES

„ZEITENWANDEL e.V.“

BITTE AUSFÜLLEN und zurücksenden oder mitbringen zum nächsten Treffen

Persönliches:

Vornamen / Name (Hauptkontakt): _____

Straße / Nr.: _____

PLZ / Ort: _____

Tel. (Tagsüber): _____

Tel.: (Dienstl.): _____

Mail-Adresse: _____

Barrierefreiheit

- Liegt eine Behinderung vor? Ja Nein
- Benötigen Sie tagsüber Hilfe? Ja Nein
- Haben Sie eine Betreuung? Ja Nein
- Haben Sie eine Pflegestufe? Ja Nein Stufe 1 Stufe 2

Allgemeine Angaben zur Wohnungssuche:

Anzahl der Personen: _____ Alter: _____

Anzahl der benötigten Zimmer: _____ Wohnfläche ca.: _____ m²

Haben Sie Haustiere? Hund Katze Vogel Sonstiges: _____

Wohnberechtigungsschein:

- erster Förderweg ist vorhanden muss noch beantragt werden
- zweiter Förderweg ist vorhanden muss noch beantragt werden
- kein Wohnberechtigungsschein vorhanden

Ausstattung Ihrer Räume:

- Lage Erdgeschoss 1. OG. 2. OG. 3. OG.
- Aufzug Ja Nein
- Küche getrennt in den Wohnraum integriert
- Schlafzimmer getrennt in den Wohnraum integriert Anzahl: _____
- Badezimmer mit WC Für Rollstuhlfahrer
- Bad Ausstattung Wanne Dusche Für Rollstuhlfahrer
- Gäste-WC Ja Nein Egal
- alle Räume einzeln vom Flur abgehend Ja Nein Egal
- Balkon Ja Nein Egal
- nur für EG-Mieter eigene Terrasse kleiner Garten

FRAGEBOGEN FÜR INTERESSENTEN DES PROJEKTES

„ZEITENWANDEL e.V.“

Gewünschte Gemeinschaftseinrichtungen:

- | | | | | | |
|--------------------------------------|----|--------------------------|------|--------------------------|---|
| Gemeinschaftsraum im Haus | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> | |
| Gästezimmer bei Bedarf | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> | |
| Wasch- Trockenraum | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> | (z.B.: Wenn Sie in Ihrer Wohnung waschen und trocknen wollen) |
| Gemeinsame Waschmaschine / Trockner | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> | |
| Werkraum im Keller | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> | Egal <input type="checkbox"/> |
| Sportraum im Keller | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> | Egal <input type="checkbox"/> |
| Alle Gemeinschaftsräume Barrierefrei | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> | Egal <input type="checkbox"/> |
| Stellplatz in der Tiefgarage | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> | Egal <input type="checkbox"/> |
| Stellplatz für Fahrräder | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> | mit elektrische Lademöglichkeit <input type="checkbox"/> |
| Stellplatz für E-Rolli | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> | mit elektrische Lademöglichkeit <input type="checkbox"/> |

Welches sind Ihre wichtigsten Gründe für gemeinschaftliches Wohnen?

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> preiswerter Wohnraum | <input type="checkbox"/> Vermeidung von Einsamkeit | <input type="checkbox"/> selbstbestimmtes Wohnen im Alter |
| <input type="checkbox"/> Ich will Nachbarn helfen | <input type="checkbox"/> Ich erwarte Hilfe von Nachbarn | <input type="checkbox"/> gemeinsame Aktivitäten / neue Anregungen |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ | |

Wie stellen Sie sich die Vorbereitung für die Gründung einer Hausgemeinschaft vor?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Informieren über das Thema | <input type="checkbox"/> aktive Mitarbeit im Gründungsverein |
| <input type="checkbox"/> Mitgliedschaft im Gründungsverein | |

Wann wollen Sie Mitglied im ZEITENWANDEL ev. werden?

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> So bald wie möglich | <input type="checkbox"/> Bereits während der Gründungsphase | <input type="checkbox"/> Nach der Erstellung des Projektes |
| <input type="checkbox"/> In einem Jahr | <input type="checkbox"/> Ich weiß noch nicht | |
| <input type="checkbox"/> | | |

Wer wird in Ihrer Wohnung mit Ihnen leben?

- | | | |
|--------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> alleine | <input type="checkbox"/> mit Ehepartner / Lebensgefährtin | <input type="checkbox"/> Sonstige: _____ |
| <input type="checkbox"/> ohne Kinder | <input type="checkbox"/> mit Kinder | |

Welche Erwartungen haben Sie an die Gemeinschaft und die Gemeinschaftsräume hinsichtlich des Nutzens für Sie?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Gemeinschaftsgarten als Ort der Begegnung / Gespräche und Veranstaltungen | |
| <input type="checkbox"/> Pflege-Wohneinheit zur zeitweisen Pflege nach OP's oder Kurzzeitpflege | |
| <input type="checkbox"/> regelmäßige Versammlungen | |
| <input type="checkbox"/> gemeinschaftliche Unternehmungen | |
| <input type="checkbox"/> gemeinschaftliches Kochen | <input type="checkbox"/> Gemeinschaftliches Essen |
| <input type="checkbox"/> regelmäßige Veranstaltungen | |
| <input type="checkbox"/> Hobbyraum / Atelier | <input type="checkbox"/> Bibliothek / Musikraum |
| <input type="checkbox"/> Gästezimmer | <input type="checkbox"/> _____ |