



Fragebogen: Älter werden in Haan

Hinweise zur Bearbeitung

Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit nehmen, an unserer Befragung teilzunehmen! Bitte beachten Sie zum Ausfüllen des Fragebogens die folgenden Hinweise:

Mithilfe dieses Fragebogens möchten wir gerne Ihre Vorstellungen, Wünsche und Bedürfnisse zum Thema „Älter werden in Haan“ erfassen. Mit diesen wichtigen Informationen unterstützen Sie die kommunale Politik dabei, die Bedarfe älterer Menschen in Haan bei der kommunalen Planung zu berücksichtigen. Die Beteiligung an dieser Befragung ist selbstverständlich freiwillig.

Zum Ausfüllen des Fragebogens ist kein besonderes Wissen erforderlich, es geht uns vor allem um Ihre Meinung. Bitte beantworten Sie jede Frage so, wie es auf Sie persönlich zutrifft.

Es gibt in diesem Fragebogen unterschiedliche Fragetypen; Hinweise zum Ausfüllen finden Sie jeweils nach der Fragestellung (z.B. *Mehrfachantworten möglich*). Bitte kreuzen Sie die auf Sie zutreffende Antwort in dem vorgegebenen Kästchen an bzw. tragen Sie Ihre Antwort gut leserlich in die vorgesehenen Textfelder ein.

Falls mehrere Personen über 80 Jahre in Ihrem Haushalt leben, sollte jede Person einen eigenen Fragebogen ausfüllen. Sollte dies nicht möglich sein, vermerken Sie dies bitte am Ende des Fragebogens.

Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt und ausschließlich in anonymisierter Form, also ohne Namen und Adresse, und nur zusammengefasst mit den Angaben der anderen Befragten für statistische Zwecke ausgewertet. Bitte machen Sie daher auf dem Fragebogen keine persönlichen Angaben wie Ihre Adresse, Telefonnummer usw. Der Datenschutz wird so voll und ganz gewährleistet.

Falls Sie Fragen haben, wenden Sie sich bitte an die im Begleitschreiben angegebene Kontaktperson der Stadt Haan.



Fragebogen

1. Wo wohnen Sie?

- Unterhaan
 Haan-Mitte
 Haan-Ost
 Gruiten

2. Wie lange leben Sie schon in Haan oder Gruiten?

- seit meiner Geburt
 10 bis 20 Jahre
 seit meiner Kindheit
 3 bis 10 Jahre
 länger als 20 Jahre
 weniger als 3 Jahre

3. Wohnen Sie zurzeit ...?

- im einem eigenen Haus
 in einem gemieteten Haus
 in einer Eigentumswohnung
 in einer Mietwohnung
 in einer ambulant betreuten Haus- und Wohngemeinschaft
 in einer anderen Wohnform, und zwar:
 private Wohngemeinschaft mit älteren Personen
 Mehrgenerationenwohnen
 Sonstiges, und zwar: *(bitte tragen Sie ein)*

weiter mit Frage 4

- im Seniorenheim

→ weiter mit Frage 9

4. Wie viele Personen leben insgesamt in Ihrem Haushalt?

(Bitte tragen Sie die Personenzahl ein, Sie selbst eingerechnet)

Anzahl: _____

5. Wie groß ist Ihre Wohnung/ Ihr Haus?

- 40 qm oder kleiner
 81-95 qm
 41-50 qm
 96-110 qm
 51-65 qm
 111-125 qm
 66-80 qm
 126 qm oder größer



6. Trifft eine der folgenden Aussagen auf Ihre Wohnung/ Ihr Haus zu?

Mehrfachantworten möglich.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> zu groß | <input type="checkbox"/> renovierungsbedürftig |
| <input type="checkbox"/> zu klein | <input type="checkbox"/> keine Zentralheizung |
| <input type="checkbox"/> zu teuer | <input type="checkbox"/> Außentoilette |
| <input type="checkbox"/> zu viele Treppen, kein Aufzug | <input type="checkbox"/> Einfachverglasung |
| <input type="checkbox"/> zu schmale Türen | <input type="checkbox"/> keine ebenerdige Dusche |
| <input type="checkbox"/> keine Gegensprechanlage | <input type="checkbox"/> hoher Energiebedarf |
| <input type="checkbox"/> Sonstige Gegebenheiten, die Sie als schwierig empfinden
(<i>bitte tragen Sie ein</i>): | |

7. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Wohnung bzw. Ihrem Haus insgesamt?

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| zufrieden | eher zufrieden | eher unzufrieden | unzufrieden |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

8. Im Folgenden werden einige Wohnmöglichkeiten im Alter genannt. Welche Form des Wohnens können Sie sich für Ihr weiteres Leben vorstellen? *Mehrfachantworten möglich.*

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> bisherige Wohnung/Haus/Wohnform | <input type="checkbox"/> eine Wohngemeinschaft mit anderen älteren Personen |
| <input type="checkbox"/> eine altersgerecht ausgestattete Privatwohnung in Haan oder Gruiten | <input type="checkbox"/> Mehrgenerationenwohnen |
| <input type="checkbox"/> eine altersgerecht ausgestattete Privatwohnung an einem anderen Ort | <input type="checkbox"/> ein Alten- oder Pflegeheim |
| <input type="checkbox"/> bei den Kindern oder anderen Verwandten im Haus | <input type="checkbox"/> Sonstiges, und zwar: (<i>bitte tragen Sie ein</i>) |
| <input type="checkbox"/> betreutes Wohnen | _____ |
| | _____ |

9. Haben Sie das Gefühl, über Angebote und Einrichtungen für ältere Menschen in Ihrem Stadtteil gut informiert zu sein?

- | | |
|-----------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
|-----------------------------|-------------------------------|

10. Wie informieren Sie sich über Angebote und Einrichtungen? *Mehrfachantworten möglich.*

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Tageszeitung | <input type="checkbox"/> Internet |
| <input type="checkbox"/> Einwurfzeitungen (z.B. Haaner Treff, Wochenpost) | <input type="checkbox"/> Sonstiges, und zwar: (<i>bitte tragen Sie ein</i>) |
| <input type="checkbox"/> Bekannte/Verwandte/Freunde | _____ |
| <input type="checkbox"/> Seniorenratgeber | |



11. Wie zufrieden sind Sie mit der Umgebung, in der Sie leben?

Bitte wählen Sie pro Zeile **eine** Antwortmöglichkeit aus.

	zufrieden	eher zufrieden	eher unzufrieden	unzufrieden
Nähe zu Parks/Grünanlagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sauberkeit der Straßen und Grünanlagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sitzgelegenheiten im öffentlichen Raum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vorhandensein von Parkplätzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medizinische Versorgung (z.B. Ärzte/Ärztinnen, Krankengymnastik)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anbindung an den öffentlichen Nahverkehr (z.B. Bus, Bahn)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sicherheit der Gegend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einkaufsmöglichkeiten und Dienstleistungen (z.B. Post, Bank, Behörden)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Barrierefreiheit (z.B. von Bürgersteigen und Plätzen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ruhiges Wohnumfeld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beziehungen zur Nachbarschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Weitere Aspekte, die Ihnen wichtig sind, bitte bei Frage 35 am Ende des Fragebogens notieren!



12. Sind die folgenden Einrichtungen/Angebote gut für Sie zu erreichen? Es spielt keine Rolle, wie sie diese erreichen, ob zu Fuß, mit dem Fahrrad, mit dem Auto, mit dem Bus etc.

Bitte kreuzen Sie **je Zeile** an, ob die Einrichtung/das Angebot für Sie gut oder schwierig zu erreichen ist oder ob Sie nicht darüber informiert sind.

	gut zu erreichen	schwierig zu erreichen	bin nicht informiert
Lebensmittelgeschäft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bäckerei	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bekleidungsgeschäfte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Post	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bank/Geldinstitut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Friseur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haltestelle öffentlicher Verkehrsmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arzt/Ärztin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krankenhaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apotheke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krankengymnast/in, Physiotherapeut/in	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sport- und Bewegungsangebote	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sanitätshaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbsthilfegruppen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fußpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seniorenheim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tagespflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Städtisches Seniorenbüro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Städtische Wohn- und Pflegeberatung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kirche/andere religiöse Einrichtung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kulturelle Angebote	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Volkshochschule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bücherei	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Begegnungsstätten, Nachbarschaftszentrum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gasthaus/Restaurant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grünfläche/Park	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



13. Welche der folgenden Angebote nutzen Sie? Welche Angebote würden Sie sich wünschen?

Bitte wählen Sie **pro Zeile eine** Antwortmöglichkeit aus.

	nutze ich bereits	würde ich mir wünschen	kein Interesse
gemütliche Treffpunkte (z.B. Begegnungs- stätten, Nachbarschaftszentrum)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gesellige Veranstaltungen und Unterhaltungsangebote	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bildungsangebote (z.B. Vorträge, Kurse)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Veranstaltungen für Menschen unterschiedlicher Kulturen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sport/ Gymnastik/ Tanz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Singen/ Musizieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Basteln/ Werken/ Handarbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kulturelle Veranstaltungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beratungsangebote rund ums Älterwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mitfahrgelegenheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
persönliche Begleitung und Unterstützung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fahrdienste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einkaufsdienste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entlastungsangebote für pflegende Angehörige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kostenpflichtige Bringdienste (z.B. Lebensmittel oder Getränke)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges, und zwar: <i>(bitte tragen Sie ein)</i>			



14. Wie bewegen Sie sich fort, wenn Sie Ihre Wohnung/Ihr Haus verlassen?

Bitte wählen Sie **pro Zeile eine** Antwortmöglichkeit aus.

	regelmäßig	selten	nie
zu Fuß	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fahrrad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mofa/Motorroller/ Motorrad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ÖPNV/ Bus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
werde gefahren/ kann bei jemandem mitfahren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Taxi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sonstiges, und zwar: *(bitte tragen Sie ein)*

15. Entspricht das ÖPNV-Bus-Angebot Ihren Bedürfnissen?

Ja Nein, kein Bedarf

ich wünsche mir *(Mehrfachantworten möglich.)*

- häufigere Abfahrtszeiten
 - bessere Zu- und Ausstiegsmöglichkeiten
 - bessere Ausstattung der Haltestellen
 - zusätzlich Sammelbus/Bürgerbus (auch auf Abruf)
 - Sonstiges, und zwar: *(bitte tragen Sie ein)*
-



16. Wenn Sie einmal die folgenden Aussagen betrachten – welche treffen auf Sie zu?

Mehrfachantworten möglich.

- Ich gehe vielen sinnvollen Tätigkeiten nach.
- Ich fühle mich manchmal nutzlos und hätte gerne eine sinnvolle Aufgabe.
- Endlich habe ich genügend Zeit für meine Hobbies.
- Ich würde gerne mehr Kontakt zu anderen Menschen haben.
- Ich kenne meine Nachbarn kaum.
- Ich habe keine Langeweile, mein Tag ist ausgefüllt.
- Mir fehlt ein(e) richtige(r) Freizeitpartner/in.
- Ich habe genug Kontakte und fühle mich nicht allein.
- Mir fehlt die Abwechslung, ein Tag ist wie der andere.
- Ich würde gerne mehr unternehmen, aber mir fehlt das Geld.
- Ich habe Nachbarn, die mir helfen, wenn ich einmal Hilfe brauche (z.B. einkaufen gehen).
- Für meine Interessen gibt es kein geeignetes Freizeitangebot.
- Ich habe viel Kontakt mit meinen Nachbarn.

17. Haben Sie nahe Angehörige (z.B. Kinder oder Enkelkinder), auf deren Unterstützung Sie ggf. zählen könnten und

- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| ...die in Haan oder Gruiten wohnen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| ...die in einer anderen Stadt/Gemeinde im
Umkreis von 50 km wohnen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |



18. Wenn Sie Hilfe in unten stehenden Situationen benötigen, wer hilft Ihnen dann am häufigsten?

Bitte wählen Sie pro Zeile eine Antwortmöglichkeit aus.

	(Ehe-) Partner/in	Verwandte, Freunde oder Bekannte	professionelle Dienste	Ehrenamtliche	Niemand, ich brauche keine Hilfe	Niemand, aber ich bräuchte Hilfe
Wenn kleine handwerkliche Arbeiten in der Wohnung anfallen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn Sie Hilfe brauchen bei technischen Fragen (PC, Telefon, Fernsehen).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn Sie Hilfe brauchen beim Formularausfüllen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn Sie Hilfe brauchen bei der Steuererklärung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn Sie Hilfe brauchen bei leichten Tätigkeiten im Haushalt (z.B. Staub wischen, kochen).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn Sie Hilfe bei schweren Tätigkeiten im Haushalt benötigen (z.B. Fenster putzen).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn Sie Hilfe beim Einkaufen benötigen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn Sie krank sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn Sie irgendwo hin müssen und keine Fahrgelegenheit haben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn Sie Hilfe bei Behördengängen brauchen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn Sie persönlichen Rat brauchen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn Sie sich einsam fühlen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn Sie Trost und Aufmunterung brauchen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19. Wie würden Sie im Großen und Ganzen Ihre Gesundheit beschreiben?

sehr schlecht schlecht mittelmäßig gut sehr gut

20. Ist Ihnen bekannt, dass Ihnen eine kostenlose Pflegeberatung durch Ihre Kranken- bzw. Pflegekasse zusteht?

Ja Nein



21. Beziehen Sie regelmäßig Leistungen der Pflegeversicherung?

- ja → weiter mit Frage 22 nein → weiter mit Frage 23

22. In welchen Pflegegrad sind Sie derzeit eingruppiert?

-
- Pflegegrad 1 Pflegegrad 2 Pflegegrad 3 Pflegegrad 4 Pflegegrad 5 weiß nicht

23. Unterstützen Sie eine Person, die hilfe- oder pflegebedürftig ist?

- ja → weiter mit Frage 24 nein → weiter mit Frage 27

24. Lebt die Person, die Sie unterstützen, mit Ihnen in einem Haushalt?

- ja nein

25. Wen unterstützen oder pflegen Sie? Mehrfachantworten möglich.

- (Ehe-)Partner/in
 Verwandte
 Freunde/in
 Bekannte
 Nachbar/in
 andere Personen, und zwar: *(bitte tragen Sie ein)* _____

26. Worin unterstützen Sie diese Person? Mehrfachantworten möglich.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Pflegetätigkeiten z.B. Hilfe beim An- und Auskleiden, Waschen, Hilfe beim Umbetten | <input type="checkbox"/> Haushaltsführung z.B. Wäsche waschen/bügeln, Putzen, Kochen, Versorgung mit Mahlzeiten und Getränken |
| <input type="checkbox"/> Gespräche führen, Gesellschaft leisten | <input type="checkbox"/> Erledigungen außer Haus durchführen z.B. Einkaufen, Arztbesuch |
| <input type="checkbox"/> Beaufsichtigung und Anleitung | <input type="checkbox"/> Finanzielle Unterstützung |
| <input type="checkbox"/> Organisation von Pflege und Betreuung sowie von behördlichen Angelegenheiten und Finanzen | <input type="checkbox"/> Sonstiges, und zwar: <i>(bitte tragen Sie ein)</i> _____ |



Angaben zu Ihrer Person

27. Wie alt sind Sie?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 80 bis 84 Jahre | <input type="checkbox"/> 95 bis 99 Jahre |
| <input type="checkbox"/> 85 bis 89 Jahre | <input type="checkbox"/> 100 Jahre oder älter |
| <input type="checkbox"/> 90 bis 94 Jahre | |

28. Bitte geben Sie Ihr Geschlecht an.

- männlich weiblich

29. Welche Staatsangehörigkeit(en) haben Sie?

- deutsche Staatsangehörigkeit seit Geburt → weiter mit Frage 31

- deutsche Staatsangehörigkeit durch Einbürgerung → Welche Staatsangehörigkeit besaßen Sie vorher bzw. besitzen Sie außerdem? *(bitte tragen Sie ein)*

- ausländische Staatsangehörigkeit, und zwar: *(bitte tragen Sie ein)*

} weiter mit Frage 30

30. Wie lange leben Sie schon in Deutschland?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> seit meiner Geburt | <input type="checkbox"/> 10 bis 20 Jahre |
| <input type="checkbox"/> seit meiner Kindheit | <input type="checkbox"/> 3 bis 10 Jahre |
| <input type="checkbox"/> länger als 20 Jahre | <input type="checkbox"/> weniger als 3 Jahre |



31. Beziehen Sie derzeit eine oder mehrere der folgenden finanziellen Unterstützungsleistungen?

Mehrfachantworten möglich.

<p style="text-align: right;">Ja, beziehe ich.</p> <p>Grundsicherung <input type="checkbox"/></p>	<p style="text-align: left;">Nein, beziehe ich nicht, weil...</p> <p>ich diese Leistung nicht kenne. <input type="checkbox"/></p> <p>ich nicht weiß, wo ich diese beantragen könnte. <input type="checkbox"/></p> <p>ich diese Leistung nicht beantragen möchte. <input type="checkbox"/></p> <p>ich keinen Anspruch auf diese Leistung habe. <input type="checkbox"/></p> <p>Sonstige Gründe und zwar: <i>(bitte tragen Sie ein)</i></p>
<p style="text-align: right;">Ja, beziehe ich.</p> <p>Wohngeld <input type="checkbox"/></p>	<p style="text-align: left;">Nein, beziehe ich nicht, weil...</p> <p>ich diese Leistung nicht kenne. <input type="checkbox"/></p> <p>ich nicht weiß, wo ich diese beantragen könnte. <input type="checkbox"/></p> <p>ich diese Leistung nicht beantragen möchte. <input type="checkbox"/></p> <p>ich keinen Anspruch auf diese Leistung habe. <input type="checkbox"/></p> <p>Sonstige Gründe und zwar: <i>(bitte tragen Sie ein)</i></p>
<p style="text-align: right;">Ja, beziehe ich.</p> <p>Pflegewohngeld <input type="checkbox"/></p>	<p style="text-align: left;">Nein, beziehe ich nicht, weil...</p> <p>ich diese Leistung nicht kenne. <input type="checkbox"/></p> <p>ich nicht weiß, wo ich diese beantragen könnte. <input type="checkbox"/></p> <p>ich diese Leistung nicht beantragen möchte. <input type="checkbox"/></p> <p>ich keinen Anspruch auf diese Leistung habe. <input type="checkbox"/></p> <p>Sonstige Gründe und zwar: <i>(bitte tragen Sie ein)</i></p>
<p style="text-align: right;">Ja, beziehe ich.</p> <p>Hilfe zur Pflege in Pflegeeinrichtungen <input type="checkbox"/></p>	<p style="text-align: left;">Nein, beziehe ich nicht, weil...</p> <p>ich diese Leistung nicht kenne. <input type="checkbox"/></p> <p>ich nicht weiß, wo ich diese beantragen könnte. <input type="checkbox"/></p> <p>ich diese Leistung nicht beantragen möchte. <input type="checkbox"/></p> <p>ich keinen Anspruch auf diese Leistung habe. <input type="checkbox"/></p> <p>Sonstige Gründe und zwar: <i>(bitte tragen Sie ein)</i></p>
<p style="text-align: right;">Ja, beziehe ich.</p> <p>Hilfe zur Pflege zuhause <input type="checkbox"/></p>	<p style="text-align: left;">Nein, beziehe ich nicht, weil...</p> <p>ich diese Leistung nicht kenne. <input type="checkbox"/></p> <p>ich nicht weiß, wo ich diese beantragen könnte. <input type="checkbox"/></p> <p>ich diese Leistung nicht beantragen möchte. <input type="checkbox"/></p> <p>ich keinen Anspruch auf diese Leistung habe. <input type="checkbox"/></p> <p>Sonstige Gründe und zwar: <i>(bitte tragen Sie ein)</i></p>



32. Wie würden Sie Ihre finanzielle Situation einstufen?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ich komme sehr gut zurecht. | <input type="checkbox"/> Ich muss mich einschränken. |
| <input type="checkbox"/> Ich komme gut zurecht. | <input type="checkbox"/> Ich muss mich stark einschränken. |
| <input type="checkbox"/> Ich komme genau hin. | |

33. Bitte geben Sie noch an, ob Sie zum Ausfüllen des Fragebogens Unterstützung hatten.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ich habe den Fragebogen alleine ausgefüllt. | <input type="checkbox"/> Der Fragebogen wurde vollständig durch Verwandte, Nachbarn oder Freunde für mich ausgefüllt. |
| <input type="checkbox"/> Ich habe den Fragebogen zusammen mit Verwandten, Nachbarn oder Freunden ausgefüllt. | |

34. Leben mehrere Personen über 80 Jahre in Ihrem Haushalt?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Nein, es gibt keine weiteren Personen über 80 Jahre in meinem Haushalt. | <input type="checkbox"/> Ja, es gibt eine weitere Person über 80 Jahre in meinem Haushalt. |
|--|--|
- ↳ weiter mit Frage 35

Falls ja, hat diese Person ebenfalls einen Fragebogen ausgefüllt?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ja, die zweite Person über 80 Jahre hat auch einen Fragebogen ausgefüllt. | <input type="checkbox"/> Nein, die zweite Person über 80 Jahre hat keinen eigenen Fragebogen ausgefüllt, |
| | weil sie kein Interesse hat. <input type="checkbox"/> |
| | weil wir den Fragebogen zusammen ausgefüllt haben. <input type="checkbox"/> |



35. Vielleicht möchten Sie abschließend noch andere Meinungen oder Vorstellungen äußern, die in den Fragen noch nicht berücksichtigt sind. Was sollte Ihrer Meinung nach für ältere Menschen in Haan und Gruiton getan werden?

Bitte tragen Sie ein! _____

Wir danken Ihnen herzlich für Ihre Unterstützung!