

**Fragebogen haushaltsnahe komplementäre Dienstleistungen 2015**

Rücksendung bitte **bis 26.02.2016** an:

Stadt Remscheid  
 Fachdienst 2.51 SI  
 Herrn Köppchen  
 Alleestr. 66  
 42853 Remscheid  
 Fax 02191/1612731  
 Mail: thomas.koeppchen@remscheid.de

Name/Kontaktdaten Ihres Dienstes:

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Ansprechpartner für Rückfragen / Tel.:  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Durch Ihren Dienst mit haushaltsnahen komplementären Dienstleistungen **versorgte Kunde** während des Monats Dezember 2015:

\_\_\_\_\_ **Kunden**

davon weibliche Kunden: \_\_\_\_ und männliche Kunden: \_\_\_\_;  
 davon Kunden unter 65 Jahre alt: \_\_\_\_, 65-79 Jahre alt: \_\_\_\_, ab 80 Jahre alt: \_\_\_\_;  
 davon Kunden ohne Pflegestufe: \_\_\_\_, in Pflegestufe 0: \_\_\_\_, Pflegestufe I: \_\_\_\_, Pflegestufe II: \_\_\_\_,  
 Pflegestufe III: \_\_\_\_;  
 davon Kunden aus Alt-RS: \_\_\_\_, aus RS-Süd: \_\_\_\_, aus RS-Lennep: \_\_\_\_, aus RS-Lüttringhausen: \_\_\_\_;  
 davon Selbstzahler: \_\_\_\_, Leistungsempfänger SGB XI: \_\_\_\_, Leistungsempfänger SGB XI und SGB  
 XII: \_\_\_\_, Leistungsempfänger ausschließlich SGB XII: \_\_\_\_)

Versorgte Kunden Ihres Dienstes mit Migrationshintergrund während des Monats Dezember 2015:

polnisch		türkisch		italienisch		spanisch		eh. Jugoslawien		Sonstige	
männl.	weibl.	männl.	weibl.	männl.	weibl.	männl.	weibl.	männl.	weibl.	männl.	weibl.

Anzahl der **beschäftigten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter** Ihres Dienstes während des Monats Dezember 2015:

\_\_\_\_\_ **Mitarbeiter/innen**  
 (davon \_\_\_\_\_ weiblich und \_\_\_\_\_ männlich)

Anzahl der beschäftigten **Mitarbeiterinnen oder Mitarbeiter mit Migrationshintergrund und entsprechenden Sprachkenntnissen** in Ihrem Dienst während des Monats Dezember 2015:

Sonstige (bitte eintragen)

polnisch		türkisch		italienisch		spanisch		eh. Jugoslawien		Sonstige		Sonstige	
männl.	weibl.	männl.	weibl.	männl.	weibl.	männl.	weibl.	männl.	weibl.	männl.	weibl.	männl.	weibl.

Wie beurteilen Sie selbst die aktuelle Auslastung Ihres Dienstes hinsichtlich der haushaltsnahen komplementären Dienstleistungen während des gesamten Jahres 2015? Hätten Sie beispielsweise noch Kapazität zur Versorgung weiterer Kunden?:

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Datum

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift