

**1. Wer füllt diesen Fragebogen aus?**

Ich allein als Person mit einer Behinderung

weiter mit Frage 3

Ich allein als Angehöriger

weiter mit Frage 2

Wir, die behinderte Person und der Angehörige zusammen

weiter mit Frage 2

**2. In welchen Verhältnis stehen Sie zu Ihrem Familienmitglied mit Behinderung:**

Ich bin ein Elternteil:

Mutter

Vater

Ich bin ein Kind:

Ich bin ein Geschwister:

Schwester

Bruder

Ich bin ein sonstiger nahe Angehöriger:

\_\_\_\_\_

Sonstiger (z.B. Nachbarn)

\_\_\_\_\_

**3. Wo sind Sie geboren?**

Ich bin in der BRD (alte Bundesländer geboren)

**Behinderter Mensch**

**Angehöriger**

Ich bin in der DDR (neue Bundesländer geboren)

Ich bin in der ehemaligen Sowjetunion geboren

Sonstiges Land

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**4. Seit wann leben Sie in der Bundesrepublik?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**5. Wie heißt Ihr Wohnort?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Seit wann leben Sie an Ihrem Wohnort?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**6. Wohnen Sie (Behinderter Mensch und Angehöriger) zusammen?**

Wir wohnen in der gleichen Wohnung

Wir wohnen am gleichen Ort,

aber nicht in der gleichen Wohnung

(aber in der Nähe: weniger als 30 Min zu Fuß entfernt)

Wir wohnen am gleichen Ort,

aber nicht in der gleichen Wohnung

(weiter weg: mehr als 30 Min zu Fuß entfernt)

Wir wohnen nicht am gleichen Ort

**7. Geburtsjahr:**

**Behinderter Mensch**

**Angehöriger**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**8. Welches Geschlecht hat der Mensch mit Behinderung?**

weiblich

männlich

**9. Welchen Familienstand hat der Mensch mit Behinderung?**

ledig

verheiratet

Sonstiges:

\_\_\_\_\_

**10. Welchen Bildungsabschluss hat der Betroffene mit Behinderung?**

SCHULE

- Sonderschule                       Sonderschule für physische Behinderung                       Hauptschule   
Realschule                       8 Klassen mit Attestat                       10 Klassen mit Attestat   
Gymnasium                       Abitur                       Kein Schulabschluss   
Sonstiges  \_\_\_\_\_

AUSBILDUNG / STUDIUM

- Berufsschule PTU  \_\_\_\_\_  
Technikum  \_\_\_\_\_  
Ausbildungsabschluß  \_\_\_\_\_  
Hochschulabschluß  \_\_\_\_\_

**11. Wie sind Ihre Deutschkenntnisse?**

	<b>Behinderter Mensch</b>	<b>Angehöriger</b>
Deutsch ist meine Muttersprache	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deutsch ist nicht mein Muttersprache, aber ich verstehe alles und kann mich gut verständigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich verstehe Deutsch größtenteils, kann mich aber kaum in Deutsch verständigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich verstehe Deutsch kaum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann nur meine eigene Muttersprache sprechen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich verstehe meine Muttersprache, kann sie aber nicht sprechen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges: _____		

**12. Welche Arten der Behinderung hat der Betroffene?**

1. \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_  
2. \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_  
3. \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_

**13. Hat der Betroffene mit Behinderung einen Schwerbehindertenausweis?**

- ja , \_\_\_\_\_% Grad der Behinderung                      Antrag gestellt                       nein  weiter mit Frage 15

**14. Welche Merkzeichen stehen im Behindertenausweis?**

(Mehrfachnennung möglich)

- G (gehbehindert)   
aG (außergewöhnlich gehbehindert)   
h (hilflos)   
Bl (blind)   
Gl (gehörlos)   
B (Begleitperson)   
Sonstige \_\_\_\_\_

**15. Welche Auswirkung hat die Behinderung auf die Lebensgestaltung?**

- er/sie ist stark pflegebedürftig, kann sich überhaupt nicht alleine versorgen   
er/sie ist nicht pflegebedürftig, benötigt aber ständige Betreuung

er/sie kann sich teilweise selbst versorgen, ist gleichzeitig auf Hilfe angewiesen   
er/sie kann selbständig leben.

**Sonstiges:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**16. Wie viele Stunden Betreuung/ Pflege braucht er/sie?**

ca. Stunden \_\_\_\_\_  
am Tag   
in der Woche   
im Monat

**17. Hat er/sie eine gesetzliche Betreuung?**

ja  ist beantragt  nein

**Wenn ja, für welche Wirkungskreise besteht die gesetzliche Betreuung?**

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

**18. Welche Hilfestellungen benötigt der Betroffene mit Behinderung?**

*(Mehrfachnennung möglich)*

- Körperliche Hilfestellung: Hilfe beim Waschen, Anziehen
- Körperliche Hilfestellung: Hilfe bei Nahrungsaufnahme
- Bei der Haushaltsführung:
- Mobilität:
- Ständige Betreuung:

Sonstiges: \_\_\_\_\_

**19. Wer leistet die Hilfestellungen:**

*(Mehrfachnennung möglich)*

- Angehöriger (der diesen Fragebogen ausfüllt)
- Andere Angehörige
- Freunde, Nachbarn
- Ambulanter Dienst
- Privat organisierte Pflegepersonen (selbst finanziert)
- Der Betroffene erhält von niemanden Hilfestellungen

Sonstiges: \_\_\_\_\_

- Steht der Pflegedienst in Kontakt zur jüdischen Gemeinde?** ja  nein
- Sprechen Mitarbeiter des Pflegedienstes die Muttersprache des betreuten Menschen?** ja  nein

**20. Mit welchen und wie vielen Personen lebt der behinderte Mensch in einem Haushalt?**

*(Mehrfachnennung möglich)*

- Eltern: Mutter  Vater
- Geschwistern  Anzahl: \_\_\_\_\_
- Anderen erwachsenen Personen  Anzahl: \_\_\_\_\_
- Er/ sie lebt allein in seiner Wohnung
- Er/ sie lebt in einer Wohngemeinschaft
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

**21. Sind die Angehörigen berufstätig?** ja  nein  *weiter mit Frage 23*

**22. Wie viele Stunden in der Woche ?** \_\_\_\_\_

**23. Von welchen Institutionen wird Ihr behinderter Angehöriger unterstützt? (Mehrfachnennung möglich)**

	nichtjüdische Institution	Name des Trägers (z.B. Caritas, Arbeiterwohlfahrt)	jüdische Gemeinde
Kindergarten/ Schule	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
Behindertenwerkstatt (Arbeiten)	<input type="checkbox"/>	_____	
Behinderteneinrichtung (Wohnen)	<input type="checkbox"/>	_____	
Tagesstätte (Betreuung ist nur tagsüber)	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
Seniorenheim	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
Inanspruchnahme von Diensten wie z.B. Transport, Essen auf Rädern	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
Pflege und hauswirtschaftliche Hilfen	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
Beratung (Finanzielle Angelegenheiten, Hilfe)	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
Gesprächsgruppen (Professionelle psychol. Unterstützung )	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
Sonstiges: _____	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>

**Nimmt Ihr behinderter Angehöriger an Freizeitangeboten teil?**

Club/ Verein/ Jugendzentrum	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
Andere Freizeitgruppen	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
Sportverein	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
Selbsthilfegruppen, die die Interessen behinderter Menschen vertritt, welche: _____	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
Andere Selbsthilfegruppe, welche: _____		_____	

**Die folgende Frage 24 richtet sich nur an Eltern, die ein schulpflichtiges Kind mit Behinderung haben.**

**Die folgenden Fragen 25-28 richten sich nur an Menschen mit Behinderung, die arbeiten.**

**Alle anderen sollten bitte ab Frage 29 den Fragebogen weiter beantworten.**

**24. Geht Ihr Kind in eine/einen:**

- Kindergarten
- Schule
- Sonderschule
- Sonstiges, (z.B. Internat) \_\_\_\_\_

**Ist die Einrichtung integrativ?**

ja

nein

*weiter mit Frage 28*

**Ist die Einrichtung jüdisch?**

ja

nein

*weiter mit Frage 28*

**25. Arbeitet Ihr behinderter Angehöriger?**

- Nein
- Ja, ein Arbeitsplatz in einer Werkstatt für behinderte Menschen
- Ja, ein Arbeitsplatz in einem Integrationsunternehmen
- Ja, auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt
- Ja, freiwillige unbezahlte Arbeit (z.B. ehrenamtlich)
- Sonstiges, \_\_\_\_\_

**26. Wer ist der Träger der Einrichtung?**

(z.B. Arbeiterwohlfahrt usw.)

\_\_\_\_\_  
**Welche Tätigkeit übt Ihr Angehöriger aus?**

\_\_\_\_\_  
**In welchen zeitlichen Umfang?**

\_\_\_\_\_ Stunden/ Woche

**27. Ist er zufrieden mit seiner momentanen Arbeitssituation?**

ja

nein

wenn nein, warum:

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

**28. Der behinderte Angehörige arbeitet nicht und ...**

- würde gerne eine Ausbildung machen
- würde gerne in einer Behinderteneinrichtung arbeiten
- würde gerne auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt arbeiten
- möchte nicht arbeiten
- kann nicht arbeiten

**29. Finanzierung der Hilfen:**

*(Mehrfachnennung möglich)*

Von welchen Seiten bekommt der behinderte Mensch Geld für Pflege und Hilfestellungen?

- Pflegegeld  Stufe (1,2,3) \_\_\_\_\_
- Sozialhilfe (Eingliederungshilfe)
- Grundsicherung
- Arbeitslosengeld I

- Arbeitslosengeld II
- Rente
- Jüdische Gemeinde unterstützt ihn

Sonstiges \_\_\_\_\_

Er bekommt keine finanzielle Hilfestellung

**30. Benötigen Sie mehr Beratung/ Hilfestellung von Seiten der jüdischen Gemeinden zur Situation von Menschen mit Behinderung ?**

*(Mehrfachnennung möglich)*

	<b>Beratung</b>	<b>Hilfestellung</b>
nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zur finanziellen Unterstützung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zu rechtlichen Informationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zu pflegerischen Hilfeleistungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zur psychologischen Hilfestellung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zu Wohnmöglichkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zu Arbeitsmöglichkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zur Jugendfreizeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zur Freizeit von Erwachsenen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zu religiösen Fragen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**31. Welche Unterstützung haben Sie durch die jüdische Gemeinde erhalten?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**32. Sind Sie Mitglied der jüdischen Gemeinde?**

	<b>Behinderter Mensch</b>	<b>Angehöriger</b>
Ja, in der Gemeinde (Stadt)	_____	_____
	seit _____	_____
Nein, ich bin nicht Mitglied einer jüdischen Gemeinde, aber ein anderes Familienmitglied aus meinem Haushalt ist Mitglied der jüdischen Gemeinde.	seit _____	_____

Keiner aus unserer Familie, die in diesem Haushalt lebt, ist Mitglied einer jüdischen Gemeinde.

**33. Wie ist Ihr Kontakt zur jüdischen Gemeinde?(als Angehöriger)**

	persönlich	telefonisch
Häufig: mindestens 1 mal im Monat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ab und zu: 3 bis 4 mal im Jahr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selten : 1 bis 2 mal im Jahr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sehr selten: weniger als einmal im Jahr  
 Ich habe überhaupt keinen Kontakt

weiter mit Frage 35

**34. Welches waren die letzten Anlässe, zu denen Sie in der Gemeinde waren?**

*(Mehrfachnennung möglich)*

	häufig	ab und zu	selten	Bei uns gibt es kein Angebot
Synagogenbesuch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teilnahme an Feiern (Gemeinde)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kulturveranstaltungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kontakte zur Sozialabteilung (Beratung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Betreuung durch die Sozialabteilung (Besuchsdienst)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besuch des Jugendzentrums	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besuch eines Clubs (z.B. Schachclub, Vereins, Maccabi usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teilnahme am Ehrenamt (z.B. WIZO)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teilnahme an Erholungsfreizeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teilnahme an sonstigen Aktivitäten, Welche: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wahl des Gemeinderates	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**35. Welche Einhaltung religiöser Vorschriften/ Feiertage ist Ihnen wichtig?**

**Oder ist nur die kulturelle Anbindung an das Judentum wichtig?**

*(Mehrfachnennung möglich)*

- Kaschrut  ich beachte hohe Feiertage  ich gehe regelmäßig in die Synagoge   
 ich gehe an den Feiertagen in die Synagoge  mir ist die Tradition zu Hause wichtig   
 mir ist die kulturelle Anbindung an das Judentum wichtig   
 Religiosität ist mir überhaupt nicht wichtig

**36. Hat Ihr behinderter Angehöriger Kontakt zur jüdischen Gemeinde? Nimmt er an Aktivitäten teil?**

- er hat überhaupt keinen Kontakt  
 er nimmt an folgenden Aktivitäten teil:

	häufig	ab und zu	selten
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**37. Wenn Sie oder Ihr Angehöriger mit Behinderung keinen Kontakt zu jüdischen Gemeinde haben, warum nicht?**

*(Mehrfachantworten möglich)*

- Ich/ wir wohnen zu weit weg   
 Die jüdische Gemeinde interessiert mich/ uns nicht   
 Grundsätzlich interessiert mich/ uns ein Kontakt, aber er hat sich bis jetzt nicht ergeben   
 Andere Gründe für fehlenden Kontakt:

---

---

**38. Wenn Sie mit ihrem behinderten Angehörigen die Gemeinde besucht haben, welche Erfahrungen haben Sie dabei gemacht?**

*(Mehrfachnennung möglich)*

Wir fühlten uns integriert in der jüdischen Gemeinde	ja <input type="checkbox"/>	teils/teils <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Wir sind grundsätzlich freundlich behandelt worden	ja <input type="checkbox"/>	teils/teils <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Wir fühlten uns aufgrund der Behinderung unwohl	ja <input type="checkbox"/>	teils/teils <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Ich /der Angehörige sind mit der Situation überfordert gewesen	ja <input type="checkbox"/>	teils/teils <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Die baulichen Maßnahmen sind ungünstig gewesen	ja <input type="checkbox"/>	teils/teils <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Andere Erfahrungen _____			

---

**39. Wer in jüdischen Gemeinden akzeptiert nach Ihrer Meinung Menschen mit Behinderung ?**

*(Mehrfachnennung möglich)*

Mitarbeitern der Gemeinde, z. B:                      Jugendzentrum                       Sozialabteilung   
Kindergarten                       Schule                       Sonstige   
Vorstand                       Rabbiner                       Synagogenbesucher                       Gemeindemitglieder allgemein

**40. Haben Sie schon mal an einem Angebot der ZWST (Zentralwohlfahrtsstelle) teilgenommen?**

*(Mehrfachnennung möglich)*

	ja, schon mindestens einmal	nein, noch nie
Tagung (Thema: Behinderung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tagung (anderes Thema)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
welches: _____		
Freizeitaufenthalt in Bad Kissingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freizeitaufenthalt in Bad Sobernheim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Familienmachaneh	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seminarbesuch in Bad Sobernheim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

welches: \_\_\_\_\_

Sonstiger Kontakt, welcher: \_\_\_\_\_

**41. Hat Ihr behinderter Angehöriger schon mal an einem Angebot der ZWST teilgenommen?**

Nein                       Ja , an: \_\_\_\_\_

**42. Sind sie mit dem Umfang ihrer Kontakte zur jüdischen Gemeinschaft zufrieden?**

Es ist in Ordnung   
Ich wünsche mir mehr Kontakte zum jüdisch religiösen Leben   
Ich wünsche mir mehr Kontakte zum jüdisch nichtreligiösen Leben   
Ich wünsche mir mehr Kontakte zu Gleichaltrigen innerhalb der Gemeinde

Sonstiges: \_\_\_\_\_

**43. Haben Sie Anregungen/Wünsche in Bezug auf Hilfsangebote/ Unterstützung durch jüdische Institutionen für Menschen mit Behinderung und ihre Angehörigen?**

---

---

---

---

**44. Sind Sie in einer Gruppe, die Behinderteninteressen vertritt, organisiert?**

nein

als Mitglied  Name der Organisation/des Vereins \_\_\_\_\_

als Mitglied engagiere ich mich in einer Angehörigengruppe  \_\_\_\_\_

---

als Mitglied engagiere ich mich in einer anderen Selbsthilfegruppe  \_\_\_\_\_

---

—

**45. Möchten sie sich in einer Selbsthilfe/ oder Angehörigengruppe innerhalb der jüdischen Gemeinschaft engagieren?**

Nein, ich möchte mich in keiner Selbsthilfegruppe organisieren

Nein, ich möchte mich eher in einer nichtjüdischen Gruppe organisieren

Ja, ich würde gerne in einer jüdischen Gruppe mitarbeiten, weiß aber nicht wo und wie

Ja, ich arbeite in einer jüdischen Gruppe mit

welcher: \_\_\_\_\_

**46. Haben sie einen Internetanschluss?**

ja

nein

**47. Informieren /Tauschen Sie sich im Internet über Themen zur Behinderung aus?**

ja, regelmäßig

ja, aber eher selten

nein, obwohl ich Internetzugang habe

**Mit den Fragen 48 bis 57 auf Seite 12 bis 14 möchten wir feststellen, ob es einen besonderen Bedarf für neue Wohnunterbringungsmöglichkeiten gibt.**

**Wenn Sie an dieser Thematik überhaupt nicht interessiert sind, ist der Fragebogen für Sie an dieser Stelle abgeschlossen.**

**Alle anderen an der Wohnthematik Interessierten bitten wir noch Seite 12-14 auszufüllen.**

**Vielen Dank für Ihre Mitarbeit !**

## Themenschwerpunkt: Wohnen

### 48. Wie wohnt Ihr Angehöriger mit Behinderung?

#### Privathaushalt:

alleine in der eigenen Wohnung

weiter mit Frage 50

in der Wohnung mit den Eltern (sonstige Angehörige)

weiter mit Frage 51

Wohngemeinschaft

weiter mit Frage 50

betreutes Einzelwohnen

weiter mit Frage 50

#### Heim:

In einer Wohneinrichtung für Menschen mit geistiger Behinderung

In einer Wohneinrichtung für Menschen mit psychischer Behinderung

In einer selbstständigen Wohnform außerhalb vom Heim

In einem Seniorenheim

Sonstiges \_\_\_\_\_

### 49. Wie heisst die Einrichtung? \_\_\_\_\_

In welcher Trägerschaft steht sie? \_\_\_\_\_

(z.B. Caritas, Arbeiterwohlfahrt)

### 50. Wie weit ist die Einrichtung von Ihrem eigenen Wohnort entfernt? \_\_\_\_\_ ca. km

### 51. Suchen Sie eine neue Wohnmöglichkeit in nächster Zeit?

nein, wir sind zufrieden mit der jetzigen Wohnform

weiter mit Frage 56

ja, wir suchen eine neue Wohnform

#### **Wann ?**

sofort

in \_\_\_\_\_ Jahren

### 52. Was für eine neue Wohnform suchen Sie?

Ein stationäres Heim für Menschen mit einer

psychischen Behinderung

Ein stationäres Heim für Menschen mit einer

geistigen Behinderung

Eine Wohngruppe mit anderen Mitbewohnern,

die einige Stunden am Tag ambulant betreut werden

Mein Angehöriger soll mit einer individuellen Betreuung alleine leben

Sonstiges \_\_\_\_\_

### 53. Warum suchen Sie eine neue Unterbringungsmöglichkeit?

(Mehrfachnennung möglich)

trifft mehr zu

trifft weniger zu

Die jetzige Versorgung ist nicht gut/ ungenügend

Es geht meinem Angehörigen in der jetzigen Situation nicht gut

Meine Familie und ich halten die Belastung nicht mehr aus

Mein Angehöriger soll selbstständig leben, weil er erwachsen ist

Aufgrund meines/ unseres Alters suchen wir eine Unterbringung,

damit er auch versorgt ist, wenn ich/ wir die Betreuung nicht mehr leisten kann

Sonstiges: \_\_\_\_\_

**54. Ist Ihnen eine Anbindung an die jüdische Gemeinde wichtig?**

*(Mehrfachnennung möglich)*

- Es soll nur ein jüdisch geprägtes Heim/Wohngruppe sein
- Es kann auch eine jüdische Wohngruppe innerhalb einer nichtjüdischen Organisation sein
- Es kann eine Wohngruppe unterschiedlichster Menschen sein, in der jüdische Menschen eine Unterstützung der Anbindung an die jüdische Gemeinde erhalten (z.B. Fahrdienst)
- Wichtig ist mir, das in der Wohngruppe russischsprechende Menschen leben
- Nein, eine jüdische Anbindung ist mir nicht wichtig

**55. Warum ist Ihnen die Unterbringung in einer jüdischen Einrichtung wichtig?**

*(Mehrfachnennung möglich)*

*trifft mehr zu*

*trifft weniger zu*

- Mein Angehöriger soll die Kaschrut einhalten
- Es soll ein Haus sein, in dem eine jüdische Atmosphäre/ Kultur herrscht (Jüdische Feste feiern usw.)
- Ich habe mehr Vertrauen in ein jüdisch geführtes Haus
- Es soll selbstverständlich sein, das mein Angehöriger jüdisch ist, er soll sich deshalb nicht als Außenseiter fühlen
- Er soll sich mit anderen russischen Juden verständigen können

Sonstiges: \_\_\_\_\_

**56. Halten sie die Gründung einer jüdischen Einrichtung für Menschen mit Behinderung für wichtig?**

- Ich halte das für sehr wichtig
- Mir ist vor allem eine Einrichtung für russisch sprechende Menschen wichtig
- Mir ist es nicht so wichtig, es gibt genug andere Einrichtungen

**57. Wenn Sie eine jüdische Einrichtung für wichtig halten, würden Sie sich für die Schaffung einer solchen engagieren?**

*(Mehrfachnennung möglich)*

*trifft mehr zu*

*trifft weniger zu*

Ich würde mich sehr dafür einsetzen und konkrete Schritte unternehmen:

- z.B. eine Selbsthilfegruppe mit aufbauen
- z.B. ehrenamtlich mitarbeiten und andere ermutigen und beraten
- z.B. in der Planung beim Aufbau der Einrichtung mitwirken
- z.B. auch Institutionen, staatliche Stellen ansprechen

Sonstiges: \_\_\_\_\_

- Ich finde dass sich vor allem offizielle jüdische Institutionen darum kümmern sollen
- Ich finde die Schaffung einer solchen Einrichtung wichtig, weiß aber nicht, was ich dafür tun soll
- Wenn eine Angehörigengruppe entstanden ist, würde ich mich daran beteiligen
- Ich möchte erst einmal abwarten, was passiert, bevor ich mich engagiere
- Ich möchte mich nicht in einer Angehörigengruppe engagieren.

**Möchten Sie zur Thematik Wohnunterbringung noch etwas ergänzen?**

---

---

---

---

**Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!**