

Liebe Mutter, lieber Vater!

Einige der nachfolgenden Fragen beziehen sich auf Ihre Tochter bzw. Ihren Sohn. Wenn Sie mehrere Kinder haben, dann ist immer das im Anschreiben namentlich genannte Kind im Alter von 3 Jahren gemeint. Immer dann, wenn im Fragebogen "Ihr Kind" steht, meinen wir Ihr 3-jähriges Kind.

Die Person, die den Fragebogen jetzt ausfüllt, bezeichnen wir im Folgenden als "Sie selbst".

An einigen Stellen des Fragebogens fragen wir zusätzlich nach der "2. Bezugsperson" Ihres Kindes. Das ist vielfach der leibliche Vater bzw. die leibliche Mutter, aber nicht immer. Bitte beziehen Sie die Fragen immer auf die Person, die volljährig und für Ihr Kind besonders wichtig ist, egal ob Sie selbst mit der 2. Bezugsperson in Ihrem Haushalt leben oder nicht.


1. Da Kinder heute nicht immer bei ihren leiblichen Eltern aufwachsen, geben Sie uns bitte hier an, in welcher Beziehung Sie selbst zu Ihrem Kind stehen.

<input type="checkbox"/>	Ich bin die leibliche Mutter.
<input type="checkbox"/>	Ich bin der leibliche Vater.
<input type="checkbox"/>	Ich bin die soziale Mutter.
<input type="checkbox"/>	Ich bin der soziale Vater.
<input type="checkbox"/>	Ich bin der Partner der leiblichen Mutter.
<input type="checkbox"/>	Ich bin die Partnerin des leiblichen Vaters.
<input type="checkbox"/>	Andere Beziehung. <input type="text"/>

2. Bitte sagen Sie uns, wer neben Ihnen für Ihr Kind die wichtigste Bezugsperson ist?

 Wenn Ihr Kind neben Ihnen keine wichtigste Bezugsperson hat, kreuzen Sie bitte die letzte Option "Mein Kind hat keine 2. Bezugsperson" an.

<input type="checkbox"/>	Der leibliche Vater
<input type="checkbox"/>	Die leibliche Mutter
<input type="checkbox"/>	Die soziale Mutter.
<input type="checkbox"/>	Der soziale Vater.
<input type="checkbox"/>	Der Partner der leiblichen Mutter
<input type="checkbox"/>	Die Partnerin des leiblichen Vaters
<input type="checkbox"/>	Eine andere Person <input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Mein Kind hat keine 2. Bezugsperson

 weiter mit Frage 4;
An einigen Stellen im Fragebogen werden auch Fragen zur 2. Bezugsperson gestellt. Da Ihr Kind keine 2. Bezugsperson hat, lassen Sie diese Antwortmöglichkeiten bitte frei.

3. Leben Sie, die 2. Bezugsperson und Ihr Kind in einem gemeinsamen Haushalt?

<input type="checkbox"/>	Ja
<input type="checkbox"/>	Nein, die 2. Bezugsperson wohnt nicht mit in meinem Haushalt.
<input type="checkbox"/>	mein Kind wohnt nicht mit in meinem Haushalt.
<input type="checkbox"/>	weder mein Kind noch die 2. Bezugsperson wohnen mit in meinem Haushalt.



4. Wenn Ihr Kind Geschwister hat, geben Sie bitte das Geburtsjahr der Geschwister an.



Bitte denken Sie bei der Beantwortung der Frage daran, dass Geschwister im gleichen Haushalt leben können, aber nicht müssen. Außerdem können Geschwister leibliche Geschwister sein, müssen aber nicht. Sollte Ihr Kind mehr als 6 Geschwister haben, teilen Sie uns das Geburtsjahr der anderen Geschwister bitte auf der letzten Seite des Fragebogens mit.

Geschwister 1	<input type="text"/>	Geschwister 3	<input type="text"/>	Geschwister 5	<input type="text"/>
Geschwister 2	<input type="text"/>	Geschwister 4	<input type="text"/>	Geschwister 6	<input type="text"/>

5. Wer lebt in Ihrem Haushalt?



Mit Haushalt meinen wir alle Personen, die zusammen mit Ihnen wohnen und ihren Lebensunterhalt gemeinsam finanzieren. Wenn Sie in mehreren Haushalten leben, bezieht sich die Frage nur auf Ihren Hauptwohnsitz.

Mehrfachnennungen sind möglich!

	Gehört zu meinem Haushalt	Anzahl der Personen
Sie selbst	<input checked="" type="checkbox"/> →	1
Partner	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>
Partnerin	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>
Gemeinsame Kinder mit Partner/-in (nur Anzahl der Kinder)	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>
Meine eigenen Kinder aus einer früheren Partnerschaft	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>
Kinder des Partners/der Partnerin aus einer früheren Partnerschaft	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>
Meine Eltern	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>
Eltern des Partners/der Partnerin	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>
Meine Stiefeltern	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>
Stiefeltern des Partners/der Partnerin	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>
Meine Großeltern	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>
Großeltern des Partners/der Partnerin	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>
Meine Geschwister	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>
Geschwister des Partners/der Partnerin	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>
Mein/e Expartner/in	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>
Expartnerin des Partners/der Partnerin	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>
Andere Verwandte von mir	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>
Andere Verwandte des Partners/der Partnerin	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>
Meine Freunde	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>
Freunde des Partners/der Partnerin	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>
Au Pair/Kindermädchen/andere Hausangestellte	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>
Pflegekind, Gastkind (z.B. Schüleraustausch)	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>
Andere Personen: (Bitte nennen!)	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>
Wieviele Personen wohnen insgesamt in Ihrem Haushalt?		<input type="text"/>



6. Welche Personen zählen Sie zu Ihrer Familie?




Mehrfachnennungen sind möglich!

	Gehört zu meiner Familie	Anzahl der Personen
Sie selbst	<input checked="" type="checkbox"/> ➔	<input type="text" value="1"/>
Partner	<input type="checkbox"/> ➔	<input type="text"/>
Partnerin	<input type="checkbox"/> ➔	<input type="text"/>
Gemeinsame Kinder mit Partner/-in	<input type="checkbox"/> ➔	<input type="text"/>
Meine eigenen Kinder aus einer früheren Partnerschaft	<input type="checkbox"/> ➔	<input type="text"/>
Kinder des Partners/der Partnerin aus einer früheren Partnerschaft	<input type="checkbox"/> ➔	<input type="text"/>
Meine Eltern	<input type="checkbox"/> ➔	<input type="text"/>
Eltern des Partners/der Partnerin	<input type="checkbox"/> ➔	<input type="text"/>
Meine Stiefeltern	<input type="checkbox"/> ➔	<input type="text"/>
Stiefeltern des Partners/der Partnerin	<input type="checkbox"/> ➔	<input type="text"/>
Meine Großeltern	<input type="checkbox"/> ➔	<input type="text"/>
Großeltern des Partners/der Partnerin	<input type="checkbox"/> ➔	<input type="text"/>
Meine Geschwister	<input type="checkbox"/> ➔	<input type="text"/>
Geschwister des Partners/der Partnerin	<input type="checkbox"/> ➔	<input type="text"/>
Mein/e Expartner/in	<input type="checkbox"/> ➔	<input type="text"/>
Expartner/in des Partners/der Partnerin	<input type="checkbox"/> ➔	<input type="text"/>
Andere Verwandte von mir	<input type="checkbox"/> ➔	<input type="text"/>
Andere Verwandte des Partners/der Partnerin	<input type="checkbox"/> ➔	<input type="text"/>
Meine Freunde	<input type="checkbox"/> ➔	<input type="text"/>
Freunde des Partners/der Partnerin	<input type="checkbox"/> ➔	<input type="text"/>
Au Pair/Kindermädchen/andere Hausangestellte	<input type="checkbox"/> ➔	<input type="text"/>
Pflegekind, Gastkind (z.B. Schüleraustausch)	<input type="checkbox"/> ➔	<input type="text"/>
Andere Personen: (Bitte nennen!) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ➔	<input type="text"/>
Wieviele Personen zählen insgesamt zu Ihrer Familie?		<input type="text"/>



Wohnen in Dresden


7. Seit wann wohnen Sie in Dresden und seit wann wohnen Sie in Ihrer jetzigen Wohnung?

 Bitte schreiben Sie z. B. für den Monat Mai "05" und für das Jahr "1997". Sollten Sie seit Ihrer Geburt in Dresden wohnen, kreuzen Sie bitte die Option "seit meiner Geburt" an.


In Dresden seit:	Monat:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	/ Jahr:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	bzw. seit meiner Geburt:	<input type="checkbox"/>
In der jetzigen Wohnung seit:	Monat:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	/ Jahr:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	bzw. seit meiner Geburt:	<input type="checkbox"/>

8. Welchen Sanierungsstand weist Ihr Wohnhaus auf?

Unsaniert	<input type="checkbox"/>		
Vollsaniert (oder nach 1990 errichtet)	<input type="checkbox"/>		
Teilsaniert, und zwar ...	<input type="checkbox"/>		
Bad/Sanitär <input type="checkbox"/>	Heizung <input type="checkbox"/>	Elektrik <input type="checkbox"/>	Treppenhaus <input type="checkbox"/>
Fenster <input type="checkbox"/>	Fassade <input type="checkbox"/>	Dach <input type="checkbox"/>	Anderes <input type="checkbox"/>


 _____

9. Wie groß ist Ihre Wohnung?

 Die Größe der Wohnung umfasst auch Küche, Bad, WC und Korridor.




<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	m ²
----------------------	----------------------	----------------------	----------------

10. Wie viele Räume hat Ihre Wohnung?


 Bitte tragen Sie die Anzahl der Räume ohne Küche, Bad, WC und Korridor ein. Tragen Sie beispielsweise für eine Einraumwohnung "1,0" und für eine Zweieinhalbraumwohnung "2,5" ein.

<input type="text"/>	,	<input type="text"/>	- Raum - Wohnung
----------------------	---	----------------------	------------------

11. Wohnen Sie ...?

...zur Miete	<input type="checkbox"/>		
...zur Untermiete	<input type="checkbox"/>		
...im persönlichen Eigentum	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Wohnung <input type="checkbox"/> Haus
...im Eigentum der Eltern	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Wohnung <input type="checkbox"/> Haus
Sonstiges, und zwar:		<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>

12. Wie hoch sind Ihre monatlichen Wohnkosten insgesamt?

 Bitte geben Sie die Wohnkosten inklusive aller Betriebskosten sowie Kosten für Heizung und Warmwasser an. Bei einer gemieteten Wohnung geben Sie den Gesamtbetrag an, den Sie an Ihre/-n Vermieter/-in zahlen. Bitte runden Sie auf ganze Euro.

Ca.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Euro
-----	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	------



13. Werden die Wohnkosten (teilweise) erstattet?

Nein

Ja, und zwar durch...

Wohngeldzuschuss

Arge/Stadt Dresden: Kosten der Unterkunft

14. Hat Ihr Kind ein eigenes Zimmer?

Ja

Nein

15. Wie zufrieden oder unzufrieden sind Sie mit Ihrer gegenwärtigen Wohnung?


	sehr zufrieden			sehr unzufrieden	
	1	2	3	4	5
Mit der Größe der Wohnung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mit dem Zustand der Wohnung (z. B. Dämmung, Lüftung, Feuchtigkeitsschutz)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mit der derzeitigen Wohnsituation insgesamt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16. Wie zufrieden oder unzufrieden sind Sie mit den folgenden Aspekten in Ihrem Wohnumfeld?


	sehr zufrieden			sehr unzufrieden		kann ich nicht beurteilen
	1	2	3	4	5	
Nachbarschaftsverhältnis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ruf des Stadtgebiets/des Stadtviertels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verkehrsbelastung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nähe zu Stadtteilzentrum/Einkaufsmöglichkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zusammensetzung der Bewohner/-innen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anbindung an öffentliche Verkehrsmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausstattung mit Radwegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Möglichkeiten der Freizeitgestaltung für Kinder (z. B. Spielplätze)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nähe zu besuchter Kindertageseinrichtung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vorhandensein von Grün- und Freiflächen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



18. Jetzt interessieren uns die gemeinsamen Tätigkeiten. Welchen Tätigkeiten und Hobbys gehen Sie mit *Ihrem Kind* regelmäßig nach?

	Mehrmals pro Woche	Einmal pro Woche	1 bis 3 Mal im Monat	Mehrmals im Jahr	Nie
Ausflüge/ins Grüne fahren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spazieren gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kulturelle Veranstaltungen (Theater, Konzerte, Kino)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fernsehen/Video/DVD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Notwendige Besorgungen erledigen/Einkaufen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bummeln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bringen und Begleiten zu Freizeitaktivitäten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Musizieren, Singen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesellschaftsspiele	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anderes, und zwar:  _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19. Wer von Ihnen ist ehrenamtlich tätig?

 Ehrenamtliche Tätigkeiten, wie z. B. Engagement im Elternrat, im Verein, bei der Parkeisenbahn oder in der Kirche.

Sie selbst	<input type="checkbox"/>
2. Bezugsperson	<input type="checkbox"/>
Keiner	<input type="checkbox"/>

20. Wenn Sie an Ihr Kind denken, welchen der folgenden Aussagen würden Sie eher zustimmen bzw. eher nicht zustimmen?

	stimme voll zu				stimme gar nicht zu
	1	2	3	4	5
Kinder machen das Leben intensiver und erfüllter.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heutzutage ist es selbstverständlich, dass auch Väter Familienaufgaben übernehmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kinder im Haus zu haben und sie aufwachsen zu sehen, macht Freude.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kinder lassen zu wenig Zeit für eigene Interessen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kinder sind gut, um jemanden zu haben, der einem im Alter hilft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kinder belasten die Partnerschaft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kinder sind eine finanzielle Belastung, die den Lebensstandard einschränkt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wer eine berufliche Karriere machen will, muss auf Kinder verzichten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

21. Inwieweit treffen die folgenden Aussagen auf Ihren Haushalt zu?

	stimme voll zu				stimme gar nicht zu
	1	2	3	4	5
In unserem Haushalt kommt es oft zu Reibereien.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In unserem Haushalt geht es harmonisch und friedlich zu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In schwierigen Situationen unterstützen wir uns gegenseitig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In unserem Haushalt können wir über alles sprechen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



22. Eltern erziehen Ihre Kinder in sehr unterschiedlicher Art und Weise. Wie häufig verwenden Sie die folgenden Verhaltensweisen?

	nie	selten	manchmal	häufig
Loben, wenn etwas gut gemacht wird.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ruhig erklären, wenn etwas falsch gemacht wird.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etwas schenken, wenn etwas besonders gut gemacht wird.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fernsehverbot als Strafe aussprechen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Als Strafe mit dem Kind nicht sprechen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mit dem Kind laut schimpfen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mit Schlägen drohen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das Kind schlagen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

23. Es gibt Eigenschaften und Fähigkeiten, die man durch Erziehung bei seinem Kind fördern kann. Wie wichtig finden Sie persönlich die folgenden Erziehungsziele, wenn Sie an die Erziehung Ihres Kindes denken?

	wichtig					unwichtig
	1	2	3	4	5	
Selbstständigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbstvertrauen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gutes Benehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durchsetzungsfähigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verantwortungsbewusstsein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kritikfähigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verständnis für andere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fleiß	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gehorsam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hilfsbereitschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kinderbetreuung in Dresden

24. Welche Formen der Tagesbetreuung nutzen Sie? Geben Sie bitte auch an, wie lange Sie diese an einem typischen Wochentag nutzen.

			Stunden pro Wochentag	
Betreuung durch eine Kindertageseinrichtung	<input type="checkbox"/>	⇒	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Betreuung durch eine Tagesmutter/einen Tagesvater	<input type="checkbox"/>	⇒	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Betreuung durch mich und/oder 2. Bezugsperson	<input type="checkbox"/>	⇒	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Betreuung durch Großeltern	<input type="checkbox"/>	⇒	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Betreuung durch Freunde oder Bekannte	<input type="checkbox"/>	⇒	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Betreuung durch Kindermädchen oder Au Pair	<input type="checkbox"/>	⇒	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Betreuung durch ältere Geschwister	<input type="checkbox"/>	⇒	<input type="text"/>	<input type="text"/>




25. Wird *Ihr Kind* an einem typischen Wochentag hauptsächlich in einer Kindertageseinrichtung betreut?

- Ja
- Nein ➔ *weiter mit Frage 29*

26. In welcher Trägerschaft befindet sich die Kindertageseinrichtung?

- In freier Trägerschaft
- In kommunaler Trägerschaft (Stadt Dresden)
- In privater Trägerschaft
- Betreuung durch Elterninitiative

27. Sind Sie mit den Öffnungszeiten der Einrichtung zufrieden?

 *Mehrfachnennungen sind möglich!*

- Ja
- Nein, weil ...
- die Einrichtung zu spät öffnet.
 - die Einrichtung zu früh schließt.
 - die Einrichtung zu oft geschlossen hat (wegen Ferien, Feiertagen, Weiterbildung der Erzieher/-innen, Krankheiten).

28. Wie zufrieden sind Sie insgesamt ... ?

	sehr zufrieden				sehr unzufrieden	
	1	2	3	4	5	
... mit der Betreuung Ihres Kindes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
... mit der Qualität des angebotenen Essens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
... mit der Höhe des Essengeldes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	


29. Nimmt *Ihr Kind* ein warmes Mittagessen zu sich?

- Nie
- Ja, selten
- Ja, gelegentlich
- Ja, regelmäßig




Rat und Unterstützung


30. Jeder Mensch braucht in seinem Leben hin und wieder Unterstützung oder Hilfe. Wenn Sie zurückdenken, an wen haben Sie sich persönlich in den letzten 12 Monaten bei folgenden Problemen gewendet?

 So können Sie sich bspw. bei Erziehungsproblemen an die 2. Bezugsperson und zusätzlich an professionelle Helfer wie z. B. einen Erzieher oder eine Beratungsstelle gewendet haben. Mehrfachnennungen sind möglich!

	2. Bezugsperson/ Partner/in	Verwandte	Freunde/ Nachbarn	professioneller Helfer	an niemanden gewendet	Problem gab es nicht
Erziehungsfragen/-probleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Probleme mit Partner/Partnerin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wohnungsprobleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geldsorgen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychische Probleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Berufliche Probleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suchtprobleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

31. Haben Sie selbst oder Ihr Kind in den letzten 12 Monaten professionelle Hilfe in Anspruch genommen?


 Mehrfachnennungen sind möglich!

	Sie selbst	Ihr Kind
Nein, es wurde keine Unterstützung benötigt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ja, und zwar von:		
Erzieher/-in	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(Schul-)Sozialarbeiter/-in	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Therapeut/-in, Berater/-in (z. B. Psychologe, Arzt, Anwalt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD) des Jugendamtes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kinder- und Jugendnotdienst Dresden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frauenschutzhaus/Beratungsstelle gegen häusliche Gewalt und sexuellen Mißbrauch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychosoziale Kontakt- und Beratungsstellen (z. B. Psychosozialer Krisendienst)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbsthilfegruppen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beratungsstellen (z. B. Erziehungs- und Familienberatung, Schuldnerberatung, Ehe- und Lebensberatung, Sucht- und Drogenberatung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Telefonische Hilfen (z. B. Telefonseelsorge, Elterntelefon)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere, und zwar: 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Ausstattung des Haushalts

32. Sie sehen hier eine Liste mit technischen Geräten. Bitte geben Sie jeweils an, ob diese Geräte in Ihrem Haushalt vorhanden sind.


 Mehrfachnennungen sind möglich!

	ist vorhanden		ist vorhanden
Festnetztelefon	<input type="checkbox"/>	Wäschetrockner	<input type="checkbox"/>
Mobiltelefon	<input type="checkbox"/>	Stereoanlage	<input type="checkbox"/>
Computer	<input type="checkbox"/>	Video-/DVD-Player	<input type="checkbox"/>
Internetzugang	<input type="checkbox"/>	Fernseher	<input type="checkbox"/>
Gefrierschrank/Gefriertruhe	<input type="checkbox"/>	Auto	<input type="checkbox"/>
Geschirrspülmaschine	<input type="checkbox"/>	Fahrrad	<input type="checkbox"/>
Mikrowelle	<input type="checkbox"/>	Moped/Motorrad/Motorroller	<input type="checkbox"/>

33. Wie oft informieren Sie sich über das aktuelle politische Geschehen?

(Fast) Täglich Wöchentlich Selten Nie  weiter mit Frage 35

34. Aus welchen Quellen informieren Sie sich?


 Mehrfachnennungen sind möglich!





Tageszeitung Internet Radio/TV Andere, und zwar:  _____

35. Wer von Ihnen nutzt regelmäßig eine Monats- oder Jahreskarte für Bus und Bahn?

Niemand	<input type="checkbox"/>
Eine Monats- oder Jahreskarte nutzen:	
Sie selbst	<input type="checkbox"/>
2. Bezugsperson	<input type="checkbox"/>
Andere Haushaltsangehörige, und zwar: 	<input type="checkbox"/>

36. Kennen Sie den Dresden-Pass bzw. haben Sie diesen Pass schon einmal genutzt?

 Der Dresden-Pass ermöglicht Einwohner/innen mit geringem Einkommen kostengünstigere Besuche kultureller Einrichtungen, die Inanspruchnahme von Ermäßigungen bei den Dresdner Verkehrsbetrieben und diverse kommunale Leistungen innerhalb Dresdens. Der Erhalt des Dresden-Passes ist einkommens- und vermögensabhängig.

- Ja, ich kenne den Dresden-Pass und habe ihn früher einmal genutzt.  weiter mit Frage 37
- Ja, ich kenne den Dresden-Pass, nutze ihn aber nicht.  weiter mit Frage 37
- Ja, wir nutzen dieses Angebot.  weiter mit Frage 38
- Nein, ich kenne den Dresden-Pass nicht.  weiter mit Frage 39



37. Warum nutzen Sie den Dresden-Pass nicht?



Mehrfachnennungen sind möglich!

- | | | |
|--|--------------------------|-----------------------|
| Wir haben (vermutlich) keinen Anspruch. | <input type="checkbox"/> | ↔ weiter mit Frage 39 |
| Die Beantragung des Dresden-Passes ist uns zu aufwändig. | <input type="checkbox"/> | ↔ weiter mit Frage 39 |
| Die angebotenen Ermäßigungen sind nicht attraktiv. | <input type="checkbox"/> | ↔ weiter mit Frage 39 |
| Die angebotenen Ermäßigungen sind nicht ausreichend. | <input type="checkbox"/> | ↔ weiter mit Frage 39 |
| Anderes, und zwar: <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | ↔ weiter mit Frage 39 |

38. Welche konkreten Angebote des Dresden-Passes nutzen Sie oder die Mitglieder Ihres Haushalts?



Mehrfachnennungen sind möglich!

- | | |
|---|--------------------------|
| Kostengünstigere Besuche kultureller Einrichtungen in Dresden | <input type="checkbox"/> |
| Ermäßigungen bei der Tagesverpflegung in Schulen/Kindertageseinrichtungen | <input type="checkbox"/> |
| Ermäßigung bei den Schülerbeförderungskosten | <input type="checkbox"/> |
| Kostenloser Ferienpass | <input type="checkbox"/> |
| Ermäßigung bei Angeboten der Jugendkunstschule | <input type="checkbox"/> |
| Ermäßigung in Sportstätten und Bädern | <input type="checkbox"/> |
| Ermäßigung in den Städtischen Bibliotheken | <input type="checkbox"/> |
| Kostenloser Wohnberechtigungsschein | <input type="checkbox"/> |
| Ermäßigung bei den Dresdner Verkehrsbetrieben | <input type="checkbox"/> |

Gesundheit und Ernährung

39. Wie würden Sie den Gesundheitszustand der folgenden Personen allgemein einschätzen?

	sehr gut		sehr schlecht		
	1	2	3	4	5
Sie selbst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Bezugsperson	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ihr Kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

40. Um immun gegen bestimmte Krankheiten zu sein, müssen verschiedene Impfungen von Zeit zu Zeit aufgefrischt werden. Wie lange liegt Ihre letzte Tetanusimpfung zurück?





Bitte schauen Sie gegebenenfalls in Ihren Impfausweisen nach und setzen ein Kreuz für jede Person!

	Sie selbst	Bezugsperson	Ihr Kind
Mehr als 10 Jahre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weniger als 10 Jahre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Noch nie gegen Tetanus geimpft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weiß nicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



41. Leiden Sie oder eine der folgenden Personen an folgenden ärztlich festgestellten Krankheiten?

 *Mehrfachnennungen sind möglich!*

	Sie selbst	2. Bezugsperson	Ihr Kind
Allergie(n)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkrankung des Bewegungsapparates (z.B. Knie, Rücken, Hüfte)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herz-Kreislauf-Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes mellitus (Typ 1 oder 2)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chronische Bronchitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AD(H)S (Aufmerksamkeits-Defizit-(Hyperaktivität)-Syndrom)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Migräne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depressionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Krankheiten, und zwar: 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>


42. Sind Sie oder eine der folgenden Personen ...?

	Sie selbst	2. Bezugsperson	Ihr Kind
(Schwer-) Behindert (amtlich anerkannt, das heißt mit Schwerbehindertenausweis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

43. Nimmt *Ihr Kind* an den freiwilligen und kostenlosen Vorsorgeuntersuchungen im Rahmen des Krankheitsfrüherkennungsprogramms für Kinder (U1 bis U9, J1) teil?

Nein, unser Kind war noch nie bei einer solchen Untersuchung.	<input type="checkbox"/>
Ja, aber wir haben einige Termine verpasst.	<input type="checkbox"/>
Ja, wir haben alle Termine wahrgenommen.	<input type="checkbox"/>

44. Ist *Ihr Kind* regelmäßig in ärztlicher oder therapeutischer Behandlung?

 *Mehrfachnennungen sind möglich!*

Nein	<input type="checkbox"/>
Ja, wegen:	
Verhaltensauffälligkeiten oder -störungen	<input type="checkbox"/>
Psychosomatischen Erkrankungen	<input type="checkbox"/>
Störungen des Halte- und Bewegungsapparats	<input type="checkbox"/>
Fehlernährung mit Über- oder Untergewicht/Esstörung	<input type="checkbox"/>
Sprachstörungen	<input type="checkbox"/>
Zahn-/Kieferorthopädischen Problemen	<input type="checkbox"/>
Chronischen Krankheiten	<input type="checkbox"/>
Anderem, und zwar: 	<input type="checkbox"/>



45. Nun einige Fragen zum Konsum von Genußmitteln in Ihrem Haushalt: In welchem Ausmaß rauchen Sie oder eine der folgenden Personen?

 Nur ein Kreuz pro Person!

	Sie selbst	2. Bezugsperson
Nichtraucher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gelegenheitsraucher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Regelmäßiger Raucher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

46. Rauchen Sie oder eines Ihrer Haushaltsmitglieder in den Räumen Ihrer Wohnung?

Regelmäßig

Gelegentlich

Nie

47. Wie häufig trinken Sie oder eine der folgenden Personen im Allgemeinen Bier, Wein oder andere alkoholische Getränke getrunken?

 Nur ein Kreuz pro Person!

	Sie selbst	2. Bezugsperson
Jeden Tag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mehrmals pro Woche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nur zu besonderen Anlässen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Finanzielle Situation

48. Um das Haushaltseinkommen zu schonen oder aufzubessern, gibt es unterschiedliche Möglichkeiten. Was trifft auf Sie und Ihren Haushalt zu?





Mehrfachnennungen sind möglich!

	Haben wir in den letzten 12 Monaten getan.	In den letzten 12 Monaten haben wir darüber nachgedacht.	Werden wir auf keinen Fall tun.
Nebenjob, um mehr Geld zu verdienen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abos, Verträge, Mitgliedschaften kündigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altersvorsorge, Bausparverträge etc. reduzieren/einfrieren/kündigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Preisbewusst einkaufen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sich möglichst preisgünstig ernähren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei Genussmitteln einschränken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auf Luxusartikel verzichten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei Kommunikation sparen (Telefon, Handy, Internet)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freizeitaktivitäten Ihres Kindes einschränken (z.B. Musikunterricht, Kino, Schwimmen gehen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eigene Freizeitaktivitäten einschränken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei Kinderbekleidung sparen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei eigener Bekleidung sparen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Finanzielle Unterstützung Ihres Kindes reduzieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Preiswertere Wohnung suchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urlaub zu Hause verbringen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gebrauchte Dinge kaufen/verkaufen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reparaturen selbst erledigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geld von Verwandten leihen/annehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Öfter zu Fuß gehen/Fahrrad fahren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auto abschaffen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kleineres/sparsameres Auto kaufen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anderes, und zwar: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>




49. Wie setzt sich Ihr monatliches Haushaltseinkommen zusammen?

 Gemeint sind damit die Nettoeinkünfte aller Haushaltsmitglieder. Dazu zählen auch Renten, Zuwendungen und sonstige Unterstützungen. Bitte geben Sie alle Teileinkommen in Euro an, die Ihrem Haushalt zur Verfügung stehen.

Welche dieser Einkommensquellen hat Ihr Haushalt?	Nettobetrag in Euro
<input type="checkbox"/> Nettoeinkommen aus unselbstständiger Arbeit	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> €
<input type="checkbox"/> Nettoeinkommen aus selbstständiger Arbeit	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> €
<input type="checkbox"/> Zusätzliche Einkommen aus Zweitjob(s)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> €
<input type="checkbox"/> Einkommen aus Vermögen	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> €
<input type="checkbox"/> Einkommen aus öffentlichen Transferzahlungen (z.B. Arbeitslosengeld I und II, Kindergeld, Wohngeld, BAföG, Elterngeld)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> €
<input type="checkbox"/> Einkommen aus nichtöffentlichen Transferzahlungen (z. B. Werks- und Betriebsrenten, Unterhaltszahlungen)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> €
<input type="checkbox"/> Einnahmen aus Untervermietung/Vermietung	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> €
<input type="checkbox"/> Sonstiges, und zwar:  _____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> €

50. Wie hoch ist das monatliche Nettoeinkommen Ihres Haushaltes insgesamt in Euro (und damit aller Haushaltsmitglieder)?

 Wir meinen damit die Summe, die sich aus Lohn, Gehalt, Einkommen aus selbstständiger Tätigkeit, Rente oder Pension jeweils nach Abzug der Steuern und Sozialversicherungsbeiträge ergibt. Rechnen Sie bitte auch die Einkünfte aus öffentlichen Beihilfen, Einkommen aus Vermietung, Verpachtung, Wohngeld, Kindergeld und sonstige Einkünfte hinzu!

- | | | |
|--|--|--|
| Bis 500 € <input type="checkbox"/> | 2501 bis 3000 € <input type="checkbox"/> | 5001 bis 5500 € <input type="checkbox"/> |
| 501 bis 1000 € <input type="checkbox"/> | 3001 bis 3500 € <input type="checkbox"/> | 5501 bis 6000 € <input type="checkbox"/> |
| 1001 bis 1500 € <input type="checkbox"/> | 3501 bis 4000 € <input type="checkbox"/> | 6001 bis 6500 € <input type="checkbox"/> |
| 1501 bis 2000 € <input type="checkbox"/> | 4001 bis 4500 € <input type="checkbox"/> | Mehr als 6500 € <input type="checkbox"/> |
| 2001 bis 2500 € <input type="checkbox"/> | 4501 bis 5000 € <input type="checkbox"/> | |

51. Hat Ihr Haushalt eher mehr Schulden oder mehr Vermögen?

 Rechnen Sie bitte vorhandene Schulden, z.B. Dispositions- oder Baukredite, BAföG, Ratenzahlungen usw. mit Guthaben z.B. aus Immobilienbesitz, Mieteinnahmen, Geldanlagen, Erspartem usw. auf.

- | | |
|---------------|--|
| Eher Schulden | <input type="checkbox"/> |
| Eher Vermögen | <input type="checkbox"/> ➔ weiter mit Frage 54 |
| Weder noch | <input type="checkbox"/> ➔ weiter mit Frage 54 |

52. Wie sehr schränken diese Rückzahlungsverpflichtungen Sie und Ihren Haushalt finanziell im täglichen Leben ein?

- | | | | | | |
|------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------|
| Schränken uns überhaupt nicht ein. | | | | | Schränken uns sehr ein. |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |



53. Was sind die Gründe für Ihre Schulden?



Mehrfachnennungen sind möglich!

Krankheit/Unfall/Tod eines Familienangehörigen	<input type="checkbox"/>
Gescheiterte Selbstständigkeit	<input type="checkbox"/>
Trennung/Scheidung	<input type="checkbox"/>
Kauf von Konsumartikeln (z.B. Wohnungseinrichtung, Kfz, Handy)	<input type="checkbox"/>
Kauf von Immobilien	<input type="checkbox"/>
Niedriges Einkommen	<input type="checkbox"/>
Lange Arbeitslosigkeit	<input type="checkbox"/>
Anderes, und zwar: _____	<input type="checkbox"/>

54. Wie beurteilen Sie die wirtschaftliche Lage Ihres Haushalts?

	sehr gut				sehr schlecht	kann ich nicht beurteilen
	1	2	3	4	5	
Vor einem Jahr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heute	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Angaben zur Person

55. In welchem Jahr sind Sie geboren?

Sie selbst

1	9		
---	---	--	--

2. Bezugsperson

1	9		
---	---	--	--

56. Welchen höchsten allgemeinbildenden Schulabschluss haben Sie bisher erworben?

Nur ein Kreuz pro Person!

2.
Sie selbst Bezugsperson

Von der Schule abgegangen ohne Schulabschluss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hauptschulabschluss/Volksschulabschluss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Realschulabschluss/Abschluss Polytechnischen Oberschule 10. Klasse (Mittlere Reife)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fachhochschulreife	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife/Abitur (Gymnasium bzw. EOS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anderer Schulabschluss, und zwar: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

57. Welchen höchsten beruflichen Abschluss haben Sie?

Nur ein Kreuz pro Person!

2.
Sie selbst Bezugsperson

Noch in beruflicher Ausbildung (Auszubildende/r, Student/in)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kein beruflicher Abschluss, nicht in beruflicher Ausbildung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abgeschlossene beruflich-betriebliche Ausbildung (Lehre)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abgeschlossene beruflich-schulische Ausbildung (Berufsfachschule, Handelsschule)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausbildung an einer Fach-/ Meister-/ Technikerschule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fachhochschulabschluss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hochschulabschluss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anderer beruflicher Abschluss, und zwar: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

58. Sind Sie zurzeit erwerbstätig? Was auf dieser Liste trifft auf Sie zu?


Unter Erwerbstätigkeit wird jede bezahlte bzw. mit einem Einkommen verbundene Tätigkeit verstanden, egal welchen zeitlichen Umfang sie hat. Wenn Sie mehrere Tätigkeiten ausüben, addieren Sie bitte die Arbeitszeit in Stunden.

2.
Sie selbst Bezugsperson

Vollzeiterwerbstätig mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von 35 Stunden und mehr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	⇨ weiter mit Frage 61
Teilzeiterwerbstätig mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von 15 bis 34 Stunden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	⇨ weiter mit Frage 61
Teilzeit- oder stundenweise erwerbstätig mit einer wöchentlichen Arbeitszeit unter 15 Stunden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	⇨ weiter mit Frage 61
Zur Zeit nicht erwerbstätig (Arbeitslose, Null-Kurzarbeit, Vorruhestand, Rentner, Elternzeit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



59. Was sind die Gründe dafür, dass Sie zur Zeit nicht erwerbstätig sind?

 *Mehrfachnennungen sind möglich!*


	Sie selbst	2. Bezugsperson
Geburt eines Kindes/Elternzeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hausfrau/Hausmann	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflege/Betreuung von erwachsenen Familienmitgliedern oder Verwandten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Umzug	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere familiäre Gründe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausbildung/Studium	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Warten auf einen Ausbildungs-/Studienplatz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeitssuche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeitslosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kurzarbeit/Warteschleife	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krankheit/Unfall/Arbeitsunfähigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vorruhestand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verrentung/Pensionierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Privatier (Lebensunterhalt aus eigenem Vermögen ohne Erwerbstätigkeit oder ohne staatliche Unterstützung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Längerer Urlaub/Reise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Um-/Aussiedlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere nicht-familiäre Gründe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

60. Seit wann sind Sie ohne Erwerbstätigkeit?

 *Bitte geben Sie die Dauer Ihrer derzeitigen Erwerbslosigkeit in Monaten an.*

Sie selbst:	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	Monate	war noch nie erwerbstätig <input type="checkbox"/>
2. Bezugsperson:	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	Monate	war noch nie erwerbstätig <input type="checkbox"/>

61. Wie lange waren Sie insgesamt während Ihrer Berufstätigkeit von Erwerbslosigkeit betroffen (ohne Elternzeit)?

 *Bitte geben Sie die Dauer insgesamt in Monaten an, die Sie während Ihrer Zeit im Berufsleben in Erwerbslosigkeit verbracht haben inklusive Ihrer eventuell derzeitigen Erwerbslosigkeit.*

Sie selbst:	noch nie erwerbslos gewesen <input type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	Monate
2. Bezugsperson:	noch nie erwerbslos gewesen <input type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	Monate



62. Welche berufliche Stellung trifft auf Sie zu?



Falls Sie derzeit nicht erwerbstätig sind, bitte beziehen Sie Ihre Antwort auf Ihre letzte berufliche Stellung.

	Sie selbst	2. Bezugsperson
Arbeiter/-in	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angestellte/-r	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beamter/Beamtin, Richter/-in, Berufssoldat/-in	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbstständige/-r, Freiberufler/-in	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich war noch nie erwerbstätig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

63. Welchen Familienstand haben Sie momentan?

Verheiratet:	mit Ehepartner/-in zusammenlebend	<input type="checkbox"/>
	Ehepartner/-in wohnt überwiegend woanders	<input type="checkbox"/>
	getrennt lebend - ohne feste Partnerschaft	<input type="checkbox"/>
	getrennt lebend - wohne mit meinem/meiner neuen Partner/-in zusammen	<input type="checkbox"/>
	getrennt lebend - mein/-e neue/-r Partner/-in wohnt woanders	<input type="checkbox"/>
Geschieden:	ohne feste Partnerschaft	<input type="checkbox"/>
	wohne mit meinem/meiner neuen Partner/-in zusammen	<input type="checkbox"/>
	mein/-e neue/-r Partner/-in wohnt woanders	<input type="checkbox"/>
Verwitwet:	ohne feste Partnerschaft	<input type="checkbox"/>
	wohne mit meinem/meiner neuen Partner/-in zusammen	<input type="checkbox"/>
	mein/-e neue/-r Partner/-in wohnt woanders	<input type="checkbox"/>
Ledig:	ohne feste Partnerschaft	<input type="checkbox"/>
	wohne mit meinem/meiner Partner/-in zusammen	<input type="checkbox"/>
	mein/-e Partner/-in wohnt woanders	<input type="checkbox"/>

64. Haben Sie den Fragebogen allein ausgefüllt?

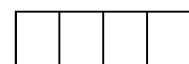
Ja	<input type="checkbox"/>	Ende des Fragebogens
Nein	<input type="checkbox"/>	

65. Mit wem haben Sie den Fragebogen ausgefüllt?



Mehrfachnennungen sind möglich!

...mit dem leiblichen Vater.	<input type="checkbox"/>
...mit der leiblichen Mutter.	<input type="checkbox"/>
...mit dem sozialen Vater.	<input type="checkbox"/>
...mit der sozialen Mutter.	<input type="checkbox"/>
...mit dem Partner der leiblichen Mutter.	<input type="checkbox"/>
...mit der Partnerin des leiblichen Vaters.	<input type="checkbox"/>
...mit meinem Lebenspartner.	<input type="checkbox"/>
...mit meiner Lebenspartnerin.	<input type="checkbox"/>
...mit einer anderen Person (Bitte angeben!): <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>




Liebe Mutter, lieber Vater!

Einige der nachfolgenden Fragen beziehen sich auf Ihre Tochter bzw. Ihren Sohn. Wenn Sie mehrere Kinder haben, dann ist immer das im Anschreiben namentlich genannte Kind im Alter von 9 Jahren gemeint. Immer dann, wenn im Fragebogen "Ihr Kind" steht, meinen wir Ihr 9-jähriges Kind.

Die Person, die den Fragebogen jetzt ausfüllt, bezeichnen wir im Folgenden als "Sie selbst".

An einigen Stellen des Fragebogens fragen wir zusätzlich nach der "2. Bezugsperson" Ihres Kindes. Das ist vielfach der leibliche Vater bzw. die leibliche Mutter, aber nicht immer. Bitte beziehen Sie die Fragen immer auf die Person, die volljährig und für Ihr Kind besonders wichtig ist, egal ob Sie selbst mit der 2. Bezugsperson in Ihrem Haushalt leben oder nicht.

1. Da Kinder heute nicht immer bei ihren leiblichen Eltern aufwachsen, geben Sie uns bitte hier an, in welcher Beziehung Sie selbst zu Ihrem Kind stehen.

<input type="checkbox"/>	Ich bin die leibliche Mutter.
<input type="checkbox"/>	Ich bin der leibliche Vater.
<input type="checkbox"/>	Ich bin die soziale Mutter.
<input type="checkbox"/>	Ich bin der soziale Vater.
<input type="checkbox"/>	Ich bin der Partner der leiblichen Mutter.
<input type="checkbox"/>	Ich bin die Partnerin des leiblichen Vaters.
<input type="checkbox"/>	Andere Beziehung. 

2. Bitte sagen Sie uns, wer neben Ihnen für Ihr Kind die wichtigste Bezugsperson ist?

 Wenn Ihr Kind neben Ihnen keine wichtigste Bezugsperson hat, kreuzen Sie bitte die letzte Option "Mein Kind hat keine 2. Bezugsperson" an.

<input type="checkbox"/>	Der leibliche Vater
<input type="checkbox"/>	Die leibliche Mutter
<input type="checkbox"/>	Die soziale Mutter.
<input type="checkbox"/>	Der soziale Vater.
<input type="checkbox"/>	Der Partner der leiblichen Mutter
<input type="checkbox"/>	Die Partnerin des leiblichen Vaters
<input type="checkbox"/>	Eine andere Person 
<input type="checkbox"/>	Mein Kind hat keine 2. Bezugsperson

⇒ weiter mit Frage 4;
An einigen Stellen im Fragebogen werden auch Fragen zur 2. Bezugsperson gestellt. Da Ihr Kind keine 2. Bezugsperson hat, lassen Sie diese Antwortmöglichkeiten bitte frei.

3. Leben Sie, die 2. Bezugsperson und Ihr Kind in einem gemeinsamen Haushalt?

<input type="checkbox"/>	Ja
<input type="checkbox"/>	Nein, die 2. Bezugsperson wohnt nicht mit in meinem Haushalt.
<input type="checkbox"/>	mein Kind wohnt nicht mit in meinem Haushalt.
<input type="checkbox"/>	weder mein Kind noch die 2. Bezugsperson wohnen mit in meinem Haushalt.



4. Wenn Ihr Kind Geschwister hat, geben Sie bitte das Geburtsjahr der Geschwister an.



Bitte denken Sie bei der Beantwortung der Frage daran, dass Geschwister im gleichen Haushalt leben können, aber nicht müssen. Außerdem können Geschwister leibliche Geschwister sein, müssen aber nicht. Sollte Ihr Kind mehr als 6 Geschwister haben, teilen Sie uns das Geburtsjahr der anderen Geschwister bitte auf der letzten Seite des Fragebogens mit.

Geschwister 1	<input type="text"/>	Geschwister 3	<input type="text"/>	Geschwister 5	<input type="text"/>
Geschwister 2	<input type="text"/>	Geschwister 4	<input type="text"/>	Geschwister 6	<input type="text"/>

5. Wer lebt in Ihrem Haushalt?



Mit Haushalt meinen wir alle Personen, die zusammen mit Ihnen wohnen und ihren Lebensunterhalt gemeinsam finanzieren. Wenn Sie in mehreren Haushalten leben, bezieht sich die Frage nur auf Ihren Hauptwohnsitz.

Mehrfachnennungen sind möglich!

	Gehört zu meinem Haushalt	Anzahl der Personen
Sie selbst	<input checked="" type="checkbox"/> →	1
Partner	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>
Partnerin	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>
Gemeinsame Kinder mit Partner/-in (nur Anzahl der Kinder)	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>
Meine eigenen Kinder aus einer früheren Partnerschaft	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>
Kinder des Partners/der Partnerin aus einer früheren Partnerschaft	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>
Meine Eltern	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>
Eltern des Partners/der Partnerin	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>
Meine Stiefeltern	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>
Stiefeltern des Partners/der Partnerin	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>
Meine Großeltern	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>
Großeltern des Partners/der Partnerin	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>
Meine Geschwister	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>
Geschwister des Partners/der Partnerin	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>
Mein/e Expartner/in	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>
Expartnerin des Partners/der Partnerin	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>
Andere Verwandte von mir	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>
Andere Verwandte des Partners/der Partnerin	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>
Meine Freunde	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>
Freunde des Partners/der Partnerin	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>
Au Pair/Kindermädchen/andere Hausangestellte	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>
Pflegekind, Gastkind (z.B. Schüleraustausch)	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>
Andere Personen: (Bitte nennen!)	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>
Wieviele Personen wohnen insgesamt in Ihrem Haushalt?		<input type="text"/>



6. Welche Personen zählen Sie zu Ihrer Familie?




Mehrfachnennungen sind möglich!

	Gehört zu meiner Familie	Anzahl der Personen
Sie selbst	<input checked="" type="checkbox"/> →	<input type="text" value="1"/>
Partner	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>
Partnerin	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>
Gemeinsame Kinder mit Partner/-in	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>
Meine eigenen Kinder aus einer früheren Partnerschaft	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>
Kinder des Partners/der Partnerin aus einer früheren Partnerschaft	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>
Meine Eltern	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>
Eltern des Partners/der Partnerin	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>
Meine Stiefeltern	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>
Stiefeltern des Partners/der Partnerin	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>
Meine Großeltern	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>
Großeltern des Partners/der Partnerin	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>
Meine Geschwister	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>
Geschwister des Partners/der Partnerin	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>
Mein/e Expartner/in	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>
Expartner/in des Partners/der Partnerin	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>
Andere Verwandte von mir	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>
Andere Verwandte des Partners/der Partnerin	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>
Meine Freunde	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>
Freunde des Partners/der Partnerin	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>
Au Pair/Kindermädchen/andere Hausangestellte	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>
Pflegekind, Gastkind (z.B. Schüleraustausch)	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>
Andere Personen: (Bitte nennen!) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>
Wieviele Personen zählen insgesamt zu Ihrer Familie?		<input type="text"/>




Wohnen in Dresden

7. Seit wann wohnen Sie in Dresden und seit wann wohnen Sie in Ihrer jetzigen Wohnung?


 Bitte schreiben Sie z. B. für den Monat Mai "05" und für das Jahr "1997". Sollten Sie seit Ihrer Geburt in Dresden wohnen, kreuzen Sie bitte die Option "seit meiner Geburt" an.

In Dresden seit:	Monat:	<input type="text"/> <input type="text"/>	/ Jahr:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	bzw. seit meiner Geburt:	<input type="checkbox"/>
In der jetzigen Wohnung seit:	Monat:	<input type="text"/> <input type="text"/>	/ Jahr:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	bzw. seit meiner Geburt:	<input type="checkbox"/>

8. Welchen Sanierungsstand weist Ihr Wohnhaus auf?


Unsanziert	<input type="checkbox"/>		
Vollsanziert (oder nach 1990 errichtet)	<input type="checkbox"/>		
Teilsaniziert, und zwar ...	<input type="checkbox"/>		
Bad/Sanitär <input type="checkbox"/>	Heizung <input type="checkbox"/>	Elektrik <input type="checkbox"/>	Treppenhaus <input type="checkbox"/>
Fenster <input type="checkbox"/>	Fassade <input type="checkbox"/>	Dach <input type="checkbox"/>	Anderes <input type="checkbox"/>  _____

9. Wie groß ist Ihre Wohnung?

 Die Größe der Wohnung umfasst auch Küche, Bad, WC und Korridor.




<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	m ²
--	----------------

10. Wie viele Räume hat Ihre Wohnung?


 Bitte tragen Sie die Anzahl der Räume ohne Küche, Bad, WC und Korridor ein. Tragen Sie beispielsweise für eine Einraumwohnung "1,0" und für eine Zweieinhalbraumwohnung "2,5" ein.

<input type="text"/> <input type="text"/>	, <input type="text"/>	- Raum - Wohnung
---	------------------------	------------------

11. Wohnen Sie ...?

...zur Miete	<input type="checkbox"/>		
...zur Untermiete	<input type="checkbox"/>		
...im persönlichen Eigentum	<input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/> Wohnung	<input type="checkbox"/> Haus
...im Eigentum der Eltern	<input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/> Wohnung	<input type="checkbox"/> Haus
Sonstiges, und zwar:  _____	<input type="checkbox"/>		

12. Wie hoch sind Ihre monatlichen Wohnkosten insgesamt?

 Bitte geben Sie die Wohnkosten inklusive aller Betriebskosten sowie Kosten für Heizung und Warmwasser an. Bei einer gemieteten Wohnung geben Sie den Gesamtbetrag an, den Sie an Ihre/-n Vermieter/-in zahlen. Bitte runden Sie auf ganze Euro.

Ca.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Euro
-----	---	------



13. Werden die Wohnkosten (teilweise) erstattet?

Nein

Ja, und zwar durch...

Wohngeldzuschuss

Arge/Stadt Dresden: Kosten der Unterkunft

14. Hat Ihr Kind ein eigenes Zimmer?

Ja

Nein

15. Wie zufrieden oder unzufrieden sind Sie mit Ihrer gegenwärtigen Wohnung?


	sehr zufrieden					sehr unzufrieden	
	1	2	3	4	5		
Mit der Größe der Wohnung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Mit dem Zustand der Wohnung (z. B. Dämmung, Lüftung, Feuchtigkeitsschutz)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Mit der derzeitigen Wohnsituation insgesamt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

16. Wie zufrieden oder unzufrieden sind Sie mit den folgenden Aspekten in Ihrem Wohnumfeld?


	sehr zufrieden					sehr unzufrieden	kann ich nicht beurteilen
	1	2	3	4	5		
Nachbarschaftsverhältnis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ruf des Stadtgebiets/des Stadtviertels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verkehrsbelastung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nähe zu Stadtteilzentrum/Einkaufsmöglichkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zusammensetzung der Bewohner/-innen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anbindung an öffentliche Verkehrsmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufenthaltsmöglichkeiten für Jugendliche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausstattung mit Radwegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Möglichkeiten der Freizeitgestaltung für Kinder (z. B. Spielplätze)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nähe zu besuchtem Hort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nähe zu besuchter Schule/Hort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vorhandensein von Grün- und Freiflächen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



18. Jetzt interessieren uns die gemeinsamen Tätigkeiten. Welchen Tätigkeiten und Hobbys gehen Sie mit *Ihrem Kind* regelmäßig nach?

	Mehrmals pro Woche	Einmal pro Woche	1 bis 3 Mal im Monat	Mehrmals im Jahr	Nie
Ausflüge/ins Grüne fahren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spazieren gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Computer/Internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kulturelle Veranstaltungen (Theater, Konzerte, Kino)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fernsehen/Video/DVD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Notwendige Besorgungen erledigen/Einkaufen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bummeln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bringen und Begleiten zu Freizeitaktivitäten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei den Hausaufgaben helfen/Für die Schule üben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Musizieren, Singen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesellschaftsspiele	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anderes, und zwar:  _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19. Wer von Ihnen ist ehrenamtlich tätig?

 Ehrenamtliche Tätigkeiten, wie z. B. Engagement im Elternrat, im Verein, bei der Parkeisenbahn oder in der Kirche.

Sie selbst	<input type="checkbox"/>
2. Bezugsperson	<input type="checkbox"/>
Ihr Kind	<input type="checkbox"/>
Keiner	<input type="checkbox"/>

20. Wenn Sie an Ihr Kind denken, welchen der folgenden Aussagen würden Sie eher zustimmen bzw. eher nicht zustimmen?

	stimme voll zu				stimme gar nicht zu
	1	2	3	4	5
Kinder machen das Leben intensiver und erfüllter.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heutzutage ist es selbstverständlich, dass auch Väter Familienaufgaben übernehmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kinder im Haus zu haben und sie aufwachsen zu sehen, macht Freude.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kinder lassen zu wenig Zeit für eigene Interessen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kinder sind gut, um jemanden zu haben, der einem im Alter hilft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kinder belasten die Partnerschaft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kinder sind eine finanzielle Belastung, die den Lebensstandard einschränkt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wer eine berufliche Karriere machen will, muss auf Kinder verzichten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



21. Inwieweit treffen die folgenden Aussagen auf Ihren Haushalt zu?

	stimme voll zu				stimme gar nicht zu
	1	2	3	4	5
In unserem Haushalt kommt es oft zu Reibereien.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In unserem Haushalt geht es harmonisch und friedlich zu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In schwierigen Situationen unterstützen wir uns gegenseitig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In unserem Haushalt können wir über alles sprechen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

22. Eltern erziehen Ihre Kinder in sehr unterschiedlicher Art und Weise. Wie häufig verwenden Sie die folgenden Verhaltensweisen?

	nie	selten	manchmal	häufig
Loben, wenn etwas gut gemacht wird.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ruhig erklären, wenn etwas falsch gemacht wird.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etwas schenken, wenn etwas besonders gut gemacht wird.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fernsehverbot als Strafe aussprechen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Als Strafe mit dem Kind nicht sprechen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Als Strafe das Taschengeld kürzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mit dem Kind laut schimpfen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mit Schlägen drohen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das Kind schlagen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

23. Es gibt Eigenschaften und Fähigkeiten, die man durch Erziehung bei seinem Kind fördern kann. Wie wichtig finden Sie persönlich die folgenden Erziehungsziele, wenn Sie an die Erziehung Ihres Kindes denken?

	wichtig				unwichtig
	1	2	3	4	5
Selbstständigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbstvertrauen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gutes Benehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durchsetzungsfähigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gute Schulleistungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verantwortungsbewusstsein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kritikfähigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verständnis für andere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fleiß	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gehorsam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hilfsbereitschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Lernen in Dresden

24. Welche Schule besucht *Ihr Kind*?

- Grundschule
- Förderschule


25. Wie sind die schulischen Leistungen *Ihres Kindes* insgesamt zurzeit?

- Sehr gut
- Gut
- Befriedigend
- Ausreichend
- Mangelhaft
- Ungenügend

26. Hat *Ihr Kind* schon einmal eine Klasse wiederholt?

- Ja Nein

27. Erhält *Ihr Kind* schulische Nachhilfestunden?

 *Mehrfachnennungen sind möglich!*

Nein, unser Kind erhält keine Nachhilfe.


Ja, und zwar ...

privat (z.B. von einem älteren Schüler oder Studenten).

professionell (z.B. Schülerhilfe).

Unser Kind nutzt die Nachhilfeangebote in der Schule (nach der Schulzeit).

28. Wie hoch waren die Ausgaben für schulische Lernmittel für *Ihr Kind* zu Beginn dieses Schuljahrs?

 *Damit sind z. B. Schulbücher, Arbeitsmittel wie Taschenrechner, Zeichenmaterialien usw. gemeint. Bitte runden Sie auf ganze Euro auf.*

Ca. Euro



Rat und Unterstützung

29. Jeder Mensch braucht in seinem Leben hin und wieder Unterstützung oder Hilfe. Wenn Sie zurückdenken, an wen haben Sie sich persönlich in den letzten 12 Monaten bei folgenden Problemen gewendet?



So können Sie sich bspw. bei Erziehungsproblemen an die 2. Bezugsperson und zusätzlich an professionelle Helfer wie z. B. einen Lehrer oder eine Beratungsstelle gewendet haben. Mehrfachnennungen sind möglich!

	2. Bezugsperson/ Partner/in	Verwandte	Freunde/ Nachbarn	professioneller Helfer	an niemanden gewendet	Problem gab es nicht
Erziehungsfragen/-probleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schulische Probleme des Kindes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Probleme mit Partner/Partnerin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wohnungsprobleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geldsorgen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychische Probleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Berufliche Probleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suchtprobleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

30. Haben Sie selbst oder Ihr Kind in den letzten 12 Monaten professionelle Hilfe in Anspruch genommen?




Mehrfachnennungen sind möglich!

	Sie selbst	Ihr Kind
Nein, es wurde keine Unterstützung benötigt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ja, und zwar von:		
Lehrer/-in	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erzieher/-in	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(Schul-)Sozialarbeiter/-in	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Therapeut/-in, Berater/-in (z. B. Psychologe, Arzt, Anwalt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD) des Jugendamtes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kinder- und Jugendnotdienst Dresden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frauenschutzhaus/Beratungsstelle gegen häusliche Gewalt und sexuellen Mißbrauch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychosoziale Kontakt- und Beratungsstellen (z. B. Psychosozialer Krisendienst)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbsthilfegruppen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beratungsstellen (z. B. Erziehungs- und Familienberatung, Schuldnerberatung, Ehe- und Lebensberatung, Sucht- und Drogenberatung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Telefonische Hilfen (z. B. Telefonseelsorge, Elterntelefon)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere, und zwar: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Ausstattung des Haushalts

31. Sie sehen hier eine Liste mit technischen Geräten. Bitte geben Sie jeweils an, ob diese Geräte in Ihrem Haushalt vorhanden sind.


 Mehrfachnennungen sind möglich!

	ist vorhanden		ist vorhanden
Festnetztelefon	<input type="checkbox"/>	Wäschetrockner	<input type="checkbox"/>
Mobiltelefon	<input type="checkbox"/>	Stereoanlage	<input type="checkbox"/>
Computer	<input type="checkbox"/>	Video-/DVD-Player	<input type="checkbox"/>
Internetzugang	<input type="checkbox"/>	Fernseher	<input type="checkbox"/>
Gefrierschrank/Gefriertruhe	<input type="checkbox"/>	Auto	<input type="checkbox"/>
Geschirrspülmaschine	<input type="checkbox"/>	Fahrrad	<input type="checkbox"/>
Mikrowelle	<input type="checkbox"/>	Moped/Motorrad/Motorroller	<input type="checkbox"/>

32. Wie oft informieren Sie sich über das aktuelle politische Geschehen?

(Fast) Täglich Wöchentlich Selten Nie  weiter mit Frage 34

33. Aus welchen Quellen informieren Sie sich?


 Mehrfachnennungen sind möglich!





Tageszeitung Internet Radio/TV Andere, und zwar:  _____

34. Wer von Ihnen nutzt regelmäßig eine Monats- oder Jahreskarte für Bus und Bahn?

Niemand	<input type="checkbox"/>
Eine Monats- oder Jahreskarte nutzen:	
Sie selbst	<input type="checkbox"/>
2. Bezugsperson	<input type="checkbox"/>
Ihr Kind	<input type="checkbox"/>
Andere Haushaltsangehörige, und zwar:  _____	<input type="checkbox"/>


35. Kennen Sie den Dresden-Pass bzw. haben Sie diesen Pass schon einmal genutzt?







 Der Dresden-Pass ermöglicht Einwohner/innen mit geringem Einkommen kostengünstigere Besuche kultureller Einrichtungen, die Inanspruchnahme von Ermäßigungen bei den Dresdner Verkehrsbetrieben und diverse kommunale Leistungen innerhalb Dresdens. Der Erhalt des Dresden-Passes ist einkommens- und vermögensabhängig.

- Ja, ich kenne den Dresden-Pass und habe ihn früher einmal genutzt.  weiter mit Frage 36
- Ja, ich kenne den Dresden-Pass, nutze ihn aber nicht.  weiter mit Frage 36
- Ja, wir nutzen dieses Angebot.  weiter mit Frage 37
- Nein, ich kenne den Dresden-Pass nicht.  weiter mit Frage 38




36. Warum nutzen Sie den Dresden-Pass nicht?

 Mehrfachnennungen sind möglich!

- Wir haben (vermutlich) keinen Anspruch.  weiter mit Frage 38
- Die Beantragung des Dresden-Passes ist uns zu aufwändig.  weiter mit Frage 38
- Die angebotenen Ermäßigungen sind nicht attraktiv.  weiter mit Frage 38
- Die angebotenen Ermäßigungen sind nicht ausreichend.  weiter mit Frage 38
- Anderes, und zwar:   weiter mit Frage 38

37. Welche konkreten Angebote des Dresden-Passes nutzen Sie oder die Mitglieder Ihres Haushalts?

 Mehrfachnennungen sind möglich!


- Kostengünstigere Besuche kultureller Einrichtungen in Dresden
- Ermäßigungen bei der Tagesverpflegung in Schulen/Kindertageseinrichtungen
- Ermäßigung bei den Schülerbeförderungskosten
- Kostenloser Ferienpass
- Ermäßigung bei Angeboten der Jugendkunstschule
- Ermäßigung in Sportstätten und Bädern
- Ermäßigung in den Städtischen Bibliotheken
- Kostenloser Wohnberechtigungsschein
- Ermäßigung bei den Dresdner Verkehrsbetrieben

Gesundheit und Ernährung

38. Wie würden Sie den Gesundheitszustand der folgenden Personen allgemein einschätzen?

	sehr gut					sehr schlecht				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Sie selbst	<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"/>
2. Bezugsperson	<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"/>
Ihr Kind	<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"/>


39. Um immun gegen bestimmte Krankheiten zu sein, müssen verschiedene Impfungen von Zeit zu Zeit aufgefrischt werden. Wie lange liegt Ihre letzte Tetanusimpfung zurück?


 Bitte schauen Sie gegebenenfalls in Ihren Impfausweisen nach und setzen ein Kreuz für jede Person!

	Sie selbst	Bezugsperson	Ihr Kind
Mehr als 10 Jahre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weniger als 10 Jahre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Noch nie gegen Tetanus geimpft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weiß nicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



40. Leiden Sie oder eine der folgenden Personen an folgenden ärztlich festgestellten Krankheiten?

 Mehrfachnennungen sind möglich!

	Sie selbst	2. Bezugsperson	Ihr Kind
Allergie(n)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkrankung des Bewegungsapparates (z.B. Knie, Rücken, Hüfte)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herz-Kreislauf-Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes mellitus (Typ 1 oder 2)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chronische Bronchitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AD(H)S (Aufmerksamkeits-Defizit-(Hyperaktivität)-Syndrom)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Migräne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depressionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Krankheiten, und zwar:  _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>


41. Sind Sie oder eine der folgenden Personen ...?


	Sie selbst	2. Bezugsperson	Ihr Kind
(Schwer-) Behindert (amtlich anerkannt, das heißt mit Schwerbehindertenausweis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

42. Nimmt *Ihr Kind* an den freiwilligen und kostenlosen Vorsorgeuntersuchungen im Rahmen des Krankheitsfrüherkennungsprogramms für Kinder (U1 bis U9, J1) teil?

Nein, unser Kind war noch nie bei einer solchen Untersuchung.	<input type="checkbox"/>
Ja, aber wir haben einige Termine verpasst.	<input type="checkbox"/>
Ja, wir haben alle Termine wahrgenommen.	<input type="checkbox"/>

43. Ist *Ihr Kind* regelmäßig in ärztlicher oder therapeutischer Behandlung?

 Mehrfachnennungen sind möglich!

Nein	<input type="checkbox"/>
Ja, wegen:	
Verhaltensauffälligkeiten oder -störungen	<input type="checkbox"/>
Psychosomatischen Erkrankungen	<input type="checkbox"/>
Störungen des Halte- und Bewegungsapparats	<input type="checkbox"/>
Fehlernährung mit Über- oder Untergewicht/Esstörung	<input type="checkbox"/>
Sprachstörungen	<input type="checkbox"/>
Zahn-/Kieferorthopädischen Problemen	<input type="checkbox"/>
Chronischen Krankheiten	<input type="checkbox"/>
Anderem, und zwar:  _____	<input type="checkbox"/>

44. Gibt es in der Schule *Ihres Kindes* ein kostenloses Getränkeangebot (z.B. Trinkbrunnen)?

Ja, mein Kind nutzt das Angebot.	<input type="checkbox"/>
Ja, aber mein Kind nutzt das Angebot nicht.	<input type="checkbox"/>
Nein.	<input type="checkbox"/>
Weiß nicht.	<input type="checkbox"/>



45. Welche Dinge geben Sie *Ihrem Kind* als Verpflegung ("Pausenbrot") mit in die Schule?



Mehrfachnennungen sind möglich!

Nichts	<input type="checkbox"/>
Nichts, unser Kind erhält Geld und versorgt sich damit selbst (z. B. Bäcker, Supermarkt, Automat)	<input type="checkbox"/>
Verschiedene Dinge, und zwar:	
Obst/Gemüse	<input type="checkbox"/>
Belegte Brote	<input type="checkbox"/>
Süßigkeiten, Schokoriegel, Energieriegel	<input type="checkbox"/>
Fertigsnacks, z. B. Bifi	<input type="checkbox"/>
Milchgetränke	<input type="checkbox"/>
Wasser oder Tee	<input type="checkbox"/>
Softdrinks wie Cola, Limonade	<input type="checkbox"/>
Anderes, und zwar: _____	<input type="checkbox"/>

46. Nimmt *Ihr Kind* in der Schule eine warme Mittagsverpflegung zu sich?

Nie	<input type="checkbox"/>	
Ja, selten	<input type="checkbox"/>	⇒ weiter mit Frage 48
Ja, gelegentlich	<input type="checkbox"/>	⇒ weiter mit Frage 48
Ja, regelmäßig	<input type="checkbox"/>	⇒ weiter mit Frage 48

47. Warum nimmt *Ihr Kind* keine warme Mittagsverpflegung in Anspruch?



Mehrfachnennungen sind möglich!

Unser Kind hat nur vormittags Unterricht.	<input type="checkbox"/>
Unserem Kind schmeckt das Essen nicht.	<input type="checkbox"/>
Das Essen ist zu teuer.	<input type="checkbox"/>
Das Essen ist nicht ausgewogen.	<input type="checkbox"/>
Anderes, und zwar: _____	<input type="checkbox"/>

48. Nun einige Fragen zum Konsum von Genußmitteln in Ihrem Haushalt: In welchem Ausmaß rauchen Sie oder eine der folgenden Personen?



Nur ein Kreuz pro Person!

	Sie selbst	2. Bezugsperson
Nichtraucher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gelegenheitsraucher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Regelmäßiger Raucher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

49. Rauchen Sie oder eines Ihrer Haushaltsmitglieder in den Räumen Ihrer Wohnung?

Regelmäßig

Gelegentlich

Nie




50. Wie häufig trinken Sie oder eine der folgenden Personen im Allgemeinen Bier, Wein oder andere alkoholische Getränke getrunken?

 Nur ein Kreuz pro Person!

	Sie selbst	2. Bezugsperson
Jeden Tag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mehrmals pro Woche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nur zu besonderen Anlässen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Finanzielle Situation


51. Um das Haushaltseinkommen zu schonen oder aufzubessern, gibt es unterschiedliche Möglichkeiten. Was trifft auf Sie und Ihren Haushalt zu?


 Mehrfachnennungen sind möglich!

	Haben wir in den letzten 12 Monaten getan.	In den letzten 12 Monaten haben wir darüber nachgedacht.	Werden wir auf keinen Fall tun.
Nebenjob, um mehr Geld zu verdienen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abos, Verträge, Mitgliedschaften kündigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altersvorsorge, Bausparverträge etc. reduzieren/einfrieren/kündigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Preisbewusst einkaufen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sich möglichst preisgünstig ernähren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei Genussmitteln einschränken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auf Luxusartikel verzichten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei Kommunikation sparen (Telefon, Handy, Internet)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schulessen abbestellen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freizeitaktivitäten Ihres Kindes einschränken (z.B. Musikunterricht, Kino, Schwimmen gehen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eigene Freizeitaktivitäten einschränken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei Kinderbekleidung sparen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei eigener Bekleidung sparen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Finanzielle Unterstützung Ihres Kindes reduzieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Preiswertere Wohnung suchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urlaub zu Hause verbringen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gebrauchte Dinge kaufen/verkaufen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reparaturen selbst erledigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geld von Verwandten leihen/annehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Öfter zu Fuß gehen/Fahrrad fahren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auto abschaffen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kleineres/sparsameres Auto kaufen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anderes, und zwar: 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>




52. Wie setzt sich Ihr monatliches Haushaltseinkommen zusammen?

 Gemeint sind damit die Nettoeinkünfte aller Haushaltsmitglieder. Dazu zählen auch Renten, Zuwendungen und sonstige Unterstützungen. Bitte geben Sie alle Teileinkommen in Euro an, die Ihrem Haushalt zur Verfügung stehen.

Welche dieser Einkommensquellen hat Ihr Haushalt?	Nettobetrag in Euro
<input type="checkbox"/> Nettoeinkommen aus unselbstständiger Arbeit	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> €
<input type="checkbox"/> Nettoeinkommen aus selbstständiger Arbeit	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> €
<input type="checkbox"/> Zusätzliche Einkommen aus Zweitjob(s)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> €
<input type="checkbox"/> Einkommen aus Vermögen	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> €
<input type="checkbox"/> Einkommen aus öffentlichen Transferzahlungen (z.B. Arbeitslosengeld I und II, Kindergeld, Wohngeld, BAföG, Elterngeld)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> €
<input type="checkbox"/> Einkommen aus nichtöffentlichen Transferzahlungen (z. B. Werks- und Betriebsrenten, Unterhaltszahlungen)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> €
<input type="checkbox"/> Einnahmen aus Untervermietung/Vermietung	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> €
<input type="checkbox"/> Sonstiges, und zwar:  _____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> €

53. Wie hoch ist das monatliche Nettoeinkommen Ihres Haushaltes insgesamt in Euro (und damit aller Haushaltsmitglieder)?

 Wir meinen damit die Summe, die sich aus Lohn, Gehalt, Einkommen aus selbstständiger Tätigkeit, Rente oder Pension jeweils nach Abzug der Steuern und Sozialversicherungsbeiträge ergibt. Rechnen Sie bitte auch die Einkünfte aus öffentlichen Beihilfen, Einkommen aus Vermietung, Verpachtung, Wohngeld, Kindergeld und sonstige Einkünfte hinzu!

- | | | |
|--|--|--|
| Bis 500 € <input type="checkbox"/> | 2501 bis 3000 € <input type="checkbox"/> | 5001 bis 5500 € <input type="checkbox"/> |
| 501 bis 1000 € <input type="checkbox"/> | 3001 bis 3500 € <input type="checkbox"/> | 5501 bis 6000 € <input type="checkbox"/> |
| 1001 bis 1500 € <input type="checkbox"/> | 3501 bis 4000 € <input type="checkbox"/> | 6001 bis 6500 € <input type="checkbox"/> |
| 1501 bis 2000 € <input type="checkbox"/> | 4001 bis 4500 € <input type="checkbox"/> | Mehr als 6500 € <input type="checkbox"/> |
| 2001 bis 2500 € <input type="checkbox"/> | 4501 bis 5000 € <input type="checkbox"/> | |

54. Hat Ihr Haushalt eher mehr Schulden oder mehr Vermögen?

 Rechnen Sie bitte vorhandene Schulden, z.B. Dispositions- oder Baukredite, BAföG, Ratenzahlungen usw. mit Guthaben z.B. aus Immobilienbesitz, Mieteinnahmen, Geldanlagen, Erspartem usw. auf.


- | | |
|---------------|--|
| Eher Schulden | <input type="checkbox"/> |
| Eher Vermögen | <input type="checkbox"/> ➔ weiter mit Frage 57 |
| Weder noch | <input type="checkbox"/> ➔ weiter mit Frage 57 |

55. Wie sehr schränken diese Rückzahlungsverpflichtungen Sie und Ihren Haushalt finanziell im täglichen Leben ein?

- | Schränken uns überhaupt nicht ein. | | | | Schränken uns sehr ein. |
|------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



56. Was sind die Gründe für Ihre Schulden?


 Mehrfachnennungen sind möglich!

Krankheit/Unfall/Tod eines Familienangehörigen	<input type="checkbox"/>
Gescheiterte Selbstständigkeit	<input type="checkbox"/>
Trennung/Scheidung	<input type="checkbox"/>
Kauf von Konsumartikeln (z.B. Wohnungseinrichtung, Kfz, Handy)	<input type="checkbox"/>
Kauf von Immobilien	<input type="checkbox"/>
Niedriges Einkommen	<input type="checkbox"/>
Lange Arbeitslosigkeit	<input type="checkbox"/>
Anderes, und zwar:  _____	<input type="checkbox"/>

57. Wie beurteilen Sie die wirtschaftliche Lage Ihres Haushalts?

	sehr gut				sehr schlecht	kann ich nicht beurteilen
	1	2	3	4	5	
Vor einem Jahr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heute	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

58. Wie viel Taschengeld erhält Ihr Kind im Monat?

 Darunter zählt nicht Geld für Kleidung oder Essen, keine einmaligen Geschenke oder Zuwendungen von anderen Personen.

Unser Kind erhält kein Taschengeld  weiter mit Frage 60

Unser Kind erhält Taschengeld in Höhe von , Euro pro Monat

59. Wovon ist die Höhe des Taschengeldes abhängig?

Die Höhe des Taschengeldes ist abhängig von ...	schulischer Leistung.	<input type="checkbox"/>
	Verhalten/Betragen des Kindes.	<input type="checkbox"/>
	Erfüllen von Aufgaben.	<input type="checkbox"/>
	Nichts. Mein Kind soll lernen, mit Geld eigenverantwortlich umzugehen.	<input type="checkbox"/>



Angaben zur Person

60. In welchem Jahr sind Sie geboren?

Sie selbst

1	9		
---	---	--	--

2. Bezugsperson

1	9		
---	---	--	--

61. Welchen höchsten allgemeinbildenden Schulabschluss haben Sie bisher erworben?

Nur ein Kreuz pro Person!

2.
Sie selbst Bezugsperson

Von der Schule abgegangen ohne Schulabschluss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hauptschulabschluss/Volksschulabschluss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Realschulabschluss/Abschluss Polytechnischen Oberschule 10. Klasse (Mittlere Reife)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fachhochschulreife	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife/Abitur (Gymnasium bzw. EOS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anderer Schulabschluss, und zwar: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

62. Welchen höchsten beruflichen Abschluss haben Sie?

Nur ein Kreuz pro Person!

2.
Sie selbst Bezugsperson

Noch in beruflicher Ausbildung (Auszubildende/r, Student/in)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kein beruflicher Abschluss, nicht in beruflicher Ausbildung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abgeschlossene beruflich-betriebliche Ausbildung (Lehre)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abgeschlossene beruflich-schulische Ausbildung (Berufsfachschule, Handelsschule)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausbildung an einer Fach-/ Meister-/ Technikerschule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fachhochschulabschluss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hochschulabschluss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anderer beruflicher Abschluss, und zwar: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

63. Sind Sie zurzeit erwerbstätig? Was auf dieser Liste trifft auf Sie zu?


Unter Erwerbstätigkeit wird jede bezahlte bzw. mit einem Einkommen verbundene Tätigkeit verstanden, egal welchen zeitlichen Umfang sie hat. Wenn Sie mehrere Tätigkeiten ausüben, addieren Sie bitte die Arbeitszeit in Stunden.

2.
Sie selbst Bezugsperson

Vollzeiterwerbstätig mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von 35 Stunden und mehr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> weiter mit Frage 66
Teilzeiterwerbstätig mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von 15 bis 34 Stunden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> weiter mit Frage 66
Teilzeit- oder stundenweise erwerbstätig mit einer wöchentlichen Arbeitszeit unter 15 Stunden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> weiter mit Frage 66
Zur Zeit nicht erwerbstätig (Arbeitslose, Null-Kurzarbeit, Vorruhestand, Rentner, Elternzeit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>




64. Was sind die Gründe dafür, dass Sie zur Zeit nicht erwerbstätig sind?

 *Mehrfachnennungen sind möglich!*


	Sie selbst	2. Bezugsperson
Geburt eines Kindes/Elternzeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hausfrau/Hausmann	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflege/Betreuung von erwachsenen Familienmitgliedern oder Verwandten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Umzug	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere familiäre Gründe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausbildung/Studium	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Warten auf einen Ausbildungs-/Studienplatz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeitssuche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeitslosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kurzarbeit/Warteschleife	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krankheit/Unfall/Arbeitsunfähigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vorruhestand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verrentung/Pensionierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Privatier (Lebensunterhalt aus eigenem Vermögen ohne Erwerbstätigkeit oder ohne staatliche Unterstützung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Längerer Urlaub/Reise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Um-/Aussiedlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere nicht-familiäre Gründe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

65. Seit wann sind Sie ohne Erwerbstätigkeit?

 *Bitte geben Sie die Dauer Ihrer derzeitigen Erwerbslosigkeit in Monaten an.*

Sie selbst:	<input type="text"/> <input type="text"/>	Monate	war noch nie erwerbstätig <input type="checkbox"/>
2. Bezugsperson:	<input type="text"/> <input type="text"/>	Monate	war noch nie erwerbstätig <input type="checkbox"/>

66. Wie lange waren Sie insgesamt während Ihrer Berufstätigkeit von Erwerbslosigkeit betroffen (ohne Elternzeit)?

 *Bitte geben Sie die Dauer insgesamt in Monaten an, die Sie während Ihrer Zeit im Berufsleben in Erwerbslosigkeit verbracht haben inklusive Ihrer eventuell derzeitigen Erwerbslosigkeit.*

Sie selbst:	noch nie erwerbslos gewesen <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Monate
2. Bezugsperson:	noch nie erwerbslos gewesen <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Monate



67. Welche berufliche Stellung trifft auf Sie zu?



Falls Sie derzeit nicht erwerbstätig sind, bitte beziehen Sie Ihre Antwort auf Ihre letzte berufliche Stellung.

	Sie selbst	2. Bezugsperson
Arbeiter/-in	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angestellte/-r	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beamter/Beamtin, Richter/-in, Berufssoldat/-in	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbstständige/-r, Freiberufler/-in	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich war noch nie erwerbstätig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

68. Welchen Familienstand haben Sie momentan?

Verheiratet:	mit Ehepartner/-in zusammenlebend	<input type="checkbox"/>
	Ehepartner/-in wohnt überwiegend woanders	<input type="checkbox"/>
	getrennt lebend - ohne feste Partnerschaft	<input type="checkbox"/>
	getrennt lebend - wohne mit meinem/meiner neuen Partner/-in zusammen	<input type="checkbox"/>
	getrennt lebend - mein/-e neue/-r Partner/-in wohnt woanders	<input type="checkbox"/>
Geschieden:	ohne feste Partnerschaft	<input type="checkbox"/>
	wohne mit meinem/meiner neuen Partner/-in zusammen	<input type="checkbox"/>
	mein/-e neue/-r Partner/-in wohnt woanders	<input type="checkbox"/>
Verwitwet:	ohne feste Partnerschaft	<input type="checkbox"/>
	wohne mit meinem/meiner neuen Partner/-in zusammen	<input type="checkbox"/>
	mein/-e neue/-r Partner/-in wohnt woanders	<input type="checkbox"/>
Ledig:	ohne feste Partnerschaft	<input type="checkbox"/>
	wohne mit meinem/meiner Partner/-in zusammen	<input type="checkbox"/>
	mein/-e Partner/-in wohnt woanders	<input type="checkbox"/>

69. Haben Sie den Fragebogen allein ausgefüllt?

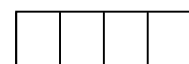
Ja	<input type="checkbox"/>	Ende des Fragebogens
Nein	<input type="checkbox"/>	

70. Mit wem haben Sie den Fragebogen ausgefüllt?



Mehrfachnennungen sind möglich!

...mit dem leiblichen Vater.	<input type="checkbox"/>
...mit der leiblichen Mutter.	<input type="checkbox"/>
...mit dem sozialen Vater.	<input type="checkbox"/>
...mit der sozialen Mutter.	<input type="checkbox"/>
...mit dem Partner der leiblichen Mutter.	<input type="checkbox"/>
...mit der Partnerin des leiblichen Vaters.	<input type="checkbox"/>
...mit meinem Lebenspartner.	<input type="checkbox"/>
...mit meiner Lebenspartnerin.	<input type="checkbox"/>
...mit einer anderen Person (Bitte angeben!):	<input type="checkbox"/>



Liebe Mutter, lieber Vater!

Einige der nachfolgenden Fragen beziehen sich auf Ihre Tochter bzw. Ihren Sohn. Wenn Sie mehrere Kinder haben, dann ist immer das im Anschreiben namentlich genannte Kind im Alter von 15 Jahren gemeint. Immer dann, wenn im Fragebogen "Ihr Kind" steht, meinen wir Ihr 15-jähriges Kind.

Die Person, die den Fragebogen jetzt ausfüllt, bezeichnen wir im Folgenden als "Sie selbst".

An einigen Stellen des Fragebogens fragen wir zusätzlich nach der "2. Bezugsperson" Ihres Kindes. Das ist vielfach der leibliche Vater bzw. die leibliche Mutter, aber nicht immer. Bitte beziehen Sie die Fragen immer auf die Person, die volljährig und für Ihr Kind besonders wichtig ist, egal ob Sie selbst mit der 2. Bezugsperson in Ihrem Haushalt leben oder nicht.

1. Da Kinder heute nicht immer bei ihren leiblichen Eltern aufwachsen, geben Sie uns bitte hier an, in welcher Beziehung Sie selbst zu Ihrem Kind stehen.

<input type="checkbox"/>	Ich bin die leibliche Mutter.
<input type="checkbox"/>	Ich bin der leibliche Vater.
<input type="checkbox"/>	Ich bin die soziale Mutter.
<input type="checkbox"/>	Ich bin der soziale Vater.
<input type="checkbox"/>	Ich bin der Partner der leiblichen Mutter.
<input type="checkbox"/>	Ich bin die Partnerin des leiblichen Vaters.
<input type="checkbox"/>	Andere Beziehung. <input type="text"/>

2. Bitte sagen Sie uns, wer neben Ihnen für Ihr Kind die wichtigste Bezugsperson ist?

 Wenn Ihr Kind neben Ihnen keine wichtigste Bezugsperson hat, kreuzen Sie bitte die letzte Option "Mein Kind hat keine 2. Bezugsperson" an.

<input type="checkbox"/>	Der leibliche Vater
<input type="checkbox"/>	Die leibliche Mutter
<input type="checkbox"/>	Die soziale Mutter.
<input type="checkbox"/>	Der soziale Vater.
<input type="checkbox"/>	Der Partner der leiblichen Mutter
<input type="checkbox"/>	Die Partnerin des leiblichen Vaters
<input type="checkbox"/>	Eine andere Person <input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Mein Kind hat keine 2. Bezugsperson

⇒ weiter mit Frage 4;
An einigen Stellen im Fragebogen werden auch Fragen zur 2. Bezugsperson gestellt. Da Ihr Kind keine 2. Bezugsperson hat, lassen Sie diese Antwortmöglichkeiten bitte frei.

3. Leben Sie, die 2. Bezugsperson und Ihr Kind in einem gemeinsamen Haushalt?

<input type="checkbox"/>	Ja
<input type="checkbox"/>	Nein, die 2. Bezugsperson wohnt nicht mit in meinem Haushalt.
<input type="checkbox"/>	mein Kind wohnt nicht mit in meinem Haushalt.
<input type="checkbox"/>	weder mein Kind noch die 2. Bezugsperson wohnen mit in meinem Haushalt.



4. Wenn Ihr Kind Geschwister hat, geben Sie bitte das Geburtsjahr der Geschwister an.



Bitte denken Sie bei der Beantwortung der Frage daran, dass Geschwister im gleichen Haushalt leben können, aber nicht müssen. Außerdem können Geschwister leibliche Geschwister sein, müssen aber nicht. Sollte Ihr Kind mehr als 6 Geschwister haben, teilen Sie uns das Geburtsjahr der anderen Geschwister bitte auf der letzten Seite des Fragebogens mit.

Geschwister 1	<input type="text"/>	Geschwister 3	<input type="text"/>	Geschwister 5	<input type="text"/>
Geschwister 2	<input type="text"/>	Geschwister 4	<input type="text"/>	Geschwister 6	<input type="text"/>

5. Wer lebt in Ihrem Haushalt?



Mit Haushalt meinen wir alle Personen, die zusammen mit Ihnen wohnen und ihren Lebensunterhalt gemeinsam finanzieren. Wenn Sie in mehreren Haushalten leben, bezieht sich die Frage nur auf Ihren Hauptwohnsitz.

Mehrfachnennungen sind möglich!

	Gehört zu meinem Haushalt	Anzahl der Personen
Sie selbst	<input checked="" type="checkbox"/> →	1
Partner	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>
Partnerin	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>
Gemeinsame Kinder mit Partner/-in (nur Anzahl der Kinder)	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>
Meine eigenen Kinder aus einer früheren Partnerschaft	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>
Kinder des Partners/der Partnerin aus einer früheren Partnerschaft	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>
Meine Eltern	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>
Eltern des Partners/der Partnerin	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>
Meine Stiefeltern	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>
Stiefeltern des Partners/der Partnerin	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>
Meine Großeltern	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>
Großeltern des Partners/der Partnerin	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>
Meine Geschwister	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>
Geschwister des Partners/der Partnerin	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>
Mein/e Expartner/in	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>
Expartnerin des Partners/der Partnerin	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>
Andere Verwandte von mir	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>
Andere Verwandte des Partners/der Partnerin	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>
Meine Freunde	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>
Freunde des Partners/der Partnerin	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>
Au Pair/Kindermädchen/andere Hausangestellte	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>
Pflegekind, Gastkind (z.B. Schüleraustausch)	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>
Andere Personen: (Bitte nennen!)	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>
Wieviele Personen wohnen insgesamt in Ihrem Haushalt?		<input type="text"/>



6. Welche Personen zählen Sie zu Ihrer Familie?




Mehrfachnennungen sind möglich!

	Gehört zu meiner Familie	Anzahl der Personen
Sie selbst	<input checked="" type="checkbox"/> →	<input type="text" value="1"/>
Partner	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>
Partnerin	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>
Gemeinsame Kinder mit Partner/-in	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>
Meine eigenen Kinder aus einer früheren Partnerschaft	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>
Kinder des Partners/der Partnerin aus einer früheren Partnerschaft	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>
Meine Eltern	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>
Eltern des Partners/der Partnerin	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>
Meine Stiefeltern	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>
Stiefeltern des Partners/der Partnerin	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>
Meine Großeltern	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>
Großeltern des Partners/der Partnerin	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>
Meine Geschwister	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>
Geschwister des Partners/der Partnerin	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>
Mein/e Expartner/in	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>
Expartner/in des Partners/der Partnerin	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>
Andere Verwandte von mir	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>
Andere Verwandte des Partners/der Partnerin	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>
Meine Freunde	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>
Freunde des Partners/der Partnerin	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>
Au Pair/Kindermädchen/andere Hausangestellte	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>
Pflegekind, Gastkind (z.B. Schüleraustausch)	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>
Andere Personen: (Bitte nennen!) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>
Wieviele Personen zählen insgesamt zu Ihrer Familie?		<input type="text"/>



Wohnen in Dresden


7. Seit wann wohnen Sie in Dresden und seit wann wohnen Sie in Ihrer jetzigen Wohnung?

 Bitte schreiben Sie z. B. für den Monat Mai "05" und für das Jahr "1997". Sollten Sie seit Ihrer Geburt in Dresden wohnen, kreuzen Sie bitte die Option "seit meiner Geburt" an.


In Dresden seit:	Monat:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	/ Jahr:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	bzw. seit meiner Geburt:	<input type="checkbox"/>
In der jetzigen Wohnung seit:	Monat:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	/ Jahr:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	bzw. seit meiner Geburt:	<input type="checkbox"/>

8. Welchen Sanierungsstand weist Ihr Wohnhaus auf?

Unsanziert	<input type="checkbox"/>		
Vollsanziert (oder nach 1990 errichtet)	<input type="checkbox"/>		
Teilsaniziert, und zwar ...	<input type="checkbox"/>		
Bad/Sanitär <input type="checkbox"/>	Heizung <input type="checkbox"/>	Elektrik <input type="checkbox"/>	Treppenhaus <input type="checkbox"/>
Fenster <input type="checkbox"/>	Fassade <input type="checkbox"/>	Dach <input type="checkbox"/>	Anderes <input type="checkbox"/>


 _____

9. Wie groß ist Ihre Wohnung?

 Die Größe der Wohnung umfasst auch Küche, Bad, WC und Korridor.




<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	m ²
----------------------	----------------------	----------------------	----------------

10. Wie viele Räume hat Ihre Wohnung?


 Bitte tragen Sie die Anzahl der Räume ohne Küche, Bad, WC und Korridor ein. Tragen Sie beispielsweise für eine Einraumwohnung "1,0" und für eine Zweieinhalbraumwohnung "2,5" ein.

<input type="text"/>	,	<input type="text"/>	- Raum - Wohnung
----------------------	---	----------------------	------------------

11. Wohnen Sie ...?

...zur Miete	<input type="checkbox"/>		
...zur Untermiete	<input type="checkbox"/>		
...im persönlichen Eigentum	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Wohnung <input type="checkbox"/> Haus
...im Eigentum der Eltern	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Wohnung <input type="checkbox"/> Haus
Sonstiges, und zwar:		<input type="checkbox"/>	


12. Wie hoch sind Ihre monatlichen Wohnkosten insgesamt?

 Bitte geben Sie die Wohnkosten inklusive aller Betriebskosten sowie Kosten für Heizung und Warmwasser an. Bei einer gemieteten Wohnung geben Sie den Gesamtbetrag an, den Sie an Ihre/-n Vermieter/-in zahlen. Bitte runden Sie auf ganze Euro.


Ca.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Euro
-----	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	------



18. Jetzt interessieren uns die gemeinsamen Tätigkeiten. Welchen Tätigkeiten und Hobbys gehen Sie mit *Ihrem Kind* regelmäßig nach?

	Mehrmals pro Woche	Einmal pro Woche	1 bis 3 Mal im Monat	Mehrmals im Jahr	Nie
Ausflüge/ins Grüne fahren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spazieren gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Computer/Internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kulturelle Veranstaltungen (Theater, Konzerte, Kino)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fernsehen/Video/DVD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Notwendige Besorgungen erledigen/Einkaufen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bummeln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bringen und Begleiten zu Freizeitaktivitäten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei den Hausaufgaben helfen/Für die Schule üben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Musizieren, Singen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesellschaftsspiele	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anderes, und zwar:  _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19. Wer von Ihnen ist ehrenamtlich tätig?

 Ehrenamtliche Tätigkeiten, wie z. B. Engagement im Elternrat, im Verein, bei der Parkeisenbahn oder in der Kirche.

Sie selbst	<input type="checkbox"/>
2. Bezugsperson	<input type="checkbox"/>
Ihr Kind	<input type="checkbox"/>
Keiner	<input type="checkbox"/>

20. Wenn Sie an Ihr Kind denken, welchen der folgenden Aussagen würden Sie eher zustimmen bzw. eher nicht zustimmen?

	stimme voll zu					stimme gar nicht zu
	1	2	3	4	5	
Kinder machen das Leben intensiver und erfüllter.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Heutzutage ist es selbstverständlich, dass auch Väter Familienaufgaben übernehmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kinder im Haus zu haben und sie aufwachsen zu sehen, macht Freude.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kinder lassen zu wenig Zeit für eigene Interessen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kinder sind gut, um jemanden zu haben, der einem im Alter hilft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kinder belasten die Partnerschaft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kinder sind eine finanzielle Belastung, die den Lebensstandard einschränkt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wer eine berufliche Karriere machen will, muss auf Kinder verzichten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



21. Inwieweit treffen die folgenden Aussagen auf Ihren Haushalt zu?

	stimme voll zu				stimme gar nicht zu
	1	2	3	4	5
In unserem Haushalt kommt es oft zu Reibereien.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In unserem Haushalt geht es harmonisch und friedlich zu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In schwierigen Situationen unterstützen wir uns gegenseitig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In unserem Haushalt können wir über alles sprechen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

22. Eltern erziehen Ihre Kinder in sehr unterschiedlicher Art und Weise. Wie häufig verwenden Sie die folgenden Verhaltensweisen?

	nie	selten	manchmal	häufig
Loben, wenn etwas gut gemacht wird.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ruhig erklären, wenn etwas falsch gemacht wird.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etwas schenken, wenn etwas besonders gut gemacht wird.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fernsehverbot als Strafe aussprechen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Als Strafe mit dem Kind nicht sprechen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Als Strafe das Taschengeld kürzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mit dem Kind laut schimpfen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mit Schlägen drohen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das Kind schlagen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

23. Es gibt Eigenschaften und Fähigkeiten, die man durch Erziehung bei seinem Kind fördern kann. Wie wichtig finden Sie persönlich die folgenden Erziehungsziele, wenn Sie an die Erziehung Ihres Kindes denken?

	wichtig				unwichtig
	1	2	3	4	5
Selbstständigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbstvertrauen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gutes Benehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durchsetzungsfähigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gute Schulleistungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verantwortungsbewusstsein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kritikfähigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verständnis für andere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fleiß	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gehorsam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hilfsbereitschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Lernen in Dresden

24. Welche Schule besucht *Ihr Kind*?

- | | |
|--------------|--------------------------|
| Mittelschule | <input type="checkbox"/> |
| Gymnasium | <input type="checkbox"/> |
| Förderschule | <input type="checkbox"/> |

25. Wie sind die schulischen Leistungen *Ihres Kindes* insgesamt zurzeit?

- | | |
|--------------|--------------------------|
| Sehr gut | <input type="checkbox"/> |
| Gut | <input type="checkbox"/> |
| Befriedigend | <input type="checkbox"/> |
| Ausreichend | <input type="checkbox"/> |
| Mangelhaft | <input type="checkbox"/> |
| Ungenügend | <input type="checkbox"/> |

26. Hat *Ihr Kind* schon einmal eine Klasse wiederholt?

- Ja Nein

27. Erhält *Ihr Kind* schulische Nachhilfestunden?



Mehrfachnennungen sind möglich!

- | | |
|--|--------------------------|
| Nein, unser Kind erhält keine Nachhilfe. | <input type="checkbox"/> |
| Ja, und zwar ... | |
| privat (z.B. von einem älteren Schüler oder Studenten). | <input type="checkbox"/> |
| professionell (z.B. Schülerhilfe). | <input type="checkbox"/> |
| Unser Kind nutzt die Nachhilfeangebote in der Schule (nach der Schulzeit). | <input type="checkbox"/> |

28. Wie hoch waren die Ausgaben für schulische Lernmittel für *Ihr Kind* zu Beginn dieses Schuljahrs?



Damit sind z. B. Schulbücher, Arbeitsmittel wie Taschenrechner, Zeichenmaterialien usw. gemeint. Bitte runden Sie auf ganze Euro auf.

Ca.

--	--	--

 Euro



Rat und Unterstützung

29. Jeder Mensch braucht in seinem Leben hin und wieder Unterstützung oder Hilfe. Wenn Sie zurückdenken, an wen haben Sie sich persönlich in den letzten 12 Monaten bei folgenden Problemen gewendet?



So können Sie sich bspw. bei Erziehungsproblemen an die 2. Bezugsperson und zusätzlich an professionelle Helfer wie z. B. einen Lehrer oder eine Beratungsstelle gewendet haben. Mehrfachnennungen sind möglich!

	2. Bezugsperson/ Partner/in	Verwandte	Freunde/ Nachbarn	professioneller Helfer	an niemanden gewendet	Problem gab es nicht
Erziehungsfragen/-probleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schulische Probleme des Kindes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Probleme mit Partner/Partnerin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wohnungsprobleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geldsorgen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychische Probleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Berufliche Probleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suchtprobleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

30. Haben Sie selbst oder Ihr Kind in den letzten 12 Monaten professionelle Hilfe in Anspruch genommen?




Mehrfachnennungen sind möglich!

	Sie selbst	Ihr Kind
Nein, es wurde keine Unterstützung benötigt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ja, und zwar von:		
Lehrer/-in	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(Schul-)Sozialarbeiter/-in	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Therapeut/-in, Berater/-in (z. B. Psychologe, Arzt, Anwalt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD) des Jugendamtes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kinder- und Jugendnotdienst Dresden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frauenschutzhaus/Beratungsstelle gegen häusliche Gewalt und sexuellen Mißbrauch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychosoziale Kontakt- und Beratungsstellen (z. B. Psychosozialer Krisendienst)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbsthilfegruppen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beratungsstellen (z. B. Erziehungs- und Familienberatung, Schuldnerberatung, Ehe- und Lebensberatung, Sucht- und Drogenberatung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Telefonische Hilfen (z. B. Telefonseelsorge, Elterntelefon)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere, und zwar: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Ausstattung des Haushalts

31. Sie sehen hier eine Liste mit technischen Geräten. Bitte geben Sie jeweils an, ob diese Geräte in Ihrem Haushalt vorhanden sind.


 Mehrfachnennungen sind möglich!

	ist vorhanden		ist vorhanden
Festnetztelefon	<input type="checkbox"/>	Wäschetrockner	<input type="checkbox"/>
Mobiltelefon	<input type="checkbox"/>	Stereoanlage	<input type="checkbox"/>
Computer	<input type="checkbox"/>	Video-/DVD-Player	<input type="checkbox"/>
Internetzugang	<input type="checkbox"/>	Fernseher	<input type="checkbox"/>
Gefrierschrank/Gefriertruhe	<input type="checkbox"/>	Auto	<input type="checkbox"/>
Geschirrspülmaschine	<input type="checkbox"/>	Fahrrad	<input type="checkbox"/>
Mikrowelle	<input type="checkbox"/>	Moped/Motorrad/Motorroller	<input type="checkbox"/>

32. Wie oft informieren Sie sich über das aktuelle politische Geschehen?

(Fast) Täglich Wöchentlich Selten Nie  weiter mit Frage 34

33. Aus welchen Quellen informieren Sie sich?


 Mehrfachnennungen sind möglich!





Tageszeitung Internet Radio/TV Andere, und zwar:  _____

34. Wer von Ihnen nutzt regelmäßig eine Monats- oder Jahreskarte für Bus und Bahn?

Niemand	<input type="checkbox"/>
Eine Monats- oder Jahreskarte nutzen:	
Sie selbst	<input type="checkbox"/>
2. Bezugsperson	<input type="checkbox"/>
Ihr Kind	<input type="checkbox"/>
Andere Haushaltsangehörige, und zwar:  _____	<input type="checkbox"/>


35. Kennen Sie den Dresden-Pass bzw. haben Sie diesen Pass schon einmal genutzt?


 Der Dresden-Pass ermöglicht Einwohner/innen mit geringem Einkommen kostengünstigere Besuche kultureller Einrichtungen, die Inanspruchnahme von Ermäßigungen bei den Dresdner Verkehrsbetrieben und diverse kommunale Leistungen innerhalb Dresdens. Der Erhalt des Dresden-Passes ist einkommens- und vermögensabhängig.

- Ja, ich kenne den Dresden-Pass und habe ihn früher einmal genutzt.  weiter mit Frage 36
- Ja, ich kenne den Dresden-Pass, nutze ihn aber nicht.  weiter mit Frage 36
- Ja, wir nutzen dieses Angebot.  weiter mit Frage 37
- Nein, ich kenne den Dresden-Pass nicht.  weiter mit Frage 38




36. Warum nutzen Sie den Dresden-Pass nicht?

 Mehrfachnennungen sind möglich!

- | | | |
|---|--------------------------|-----------------------|
| Wir haben (vermutlich) keinen Anspruch. | <input type="checkbox"/> | ↔ weiter mit Frage 38 |
| Die Beantragung des Dresden-Passes ist uns zu aufwändig. | <input type="checkbox"/> | ↔ weiter mit Frage 38 |
| Die angebotenen Ermäßigungen sind nicht attraktiv. | <input type="checkbox"/> | ↔ weiter mit Frage 38 |
| Die angebotenen Ermäßigungen sind nicht ausreichend. | <input type="checkbox"/> | ↔ weiter mit Frage 38 |
| Anderes, und zwar:  <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | ↔ weiter mit Frage 38 |

37. Welche konkreten Angebote des Dresden-Passes nutzen Sie oder die Mitglieder Ihres Haushalts?

 Mehrfachnennungen sind möglich!


- | | |
|---|--------------------------|
| Kostengünstigere Besuche kultureller Einrichtungen in Dresden | <input type="checkbox"/> |
| Ermäßigungen bei der Tagesverpflegung in Schulen/Kindertageseinrichtungen | <input type="checkbox"/> |
| Ermäßigung bei den Schülerbeförderungskosten | <input type="checkbox"/> |
| Kostenloser Ferienpass | <input type="checkbox"/> |
| Ermäßigung bei Angeboten der Jugendkunstschule | <input type="checkbox"/> |
| Ermäßigung in Sportstätten und Bädern | <input type="checkbox"/> |
| Ermäßigung in den Städtischen Bibliotheken | <input type="checkbox"/> |
| Kostenloser Wohnberechtigungsschein | <input type="checkbox"/> |
| Ermäßigung bei den Dresdner Verkehrsbetrieben | <input type="checkbox"/> |

Gesundheit und Ernährung

38. Wie würden Sie den Gesundheitszustand der folgenden Personen allgemein einschätzen?

	sehr gut		sehr schlecht		
	1	2	3	4	5
Sie selbst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Bezugsperson	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ihr Kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>


39. Um immun gegen bestimmte Krankheiten zu sein, müssen verschiedene Impfungen von Zeit zu Zeit aufgefrischt werden. Wie lange liegt Ihre letzte Tetanusimpfung zurück?


 Bitte schauen Sie gegebenenfalls in Ihren Impfausweisen nach und setzen ein Kreuz für jede Person!

	Sie selbst	Bezugsperson	Ihr Kind
Mehr als 10 Jahre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weniger als 10 Jahre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Noch nie gegen Tetanus geimpft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weiß nicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



40. Leiden Sie oder eine der folgenden Personen an folgenden ärztlich festgestellten Krankheiten?

 Mehrfachnennungen sind möglich!

	Sie selbst	2. Bezugsperson	Ihr Kind
Allergie(n)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkrankung des Bewegungsapparates (z.B. Knie, Rücken, Hüfte)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herz-Kreislauf-Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes mellitus (Typ 1 oder 2)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chronische Bronchitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AD(H)S (Aufmerksamkeits-Defizit-(Hyperaktivität)-Syndrom)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Migräne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depressionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Krankheiten, und zwar:  _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>


41. Sind Sie oder eine der folgenden Personen ...?


	Sie selbst	2. Bezugsperson	Ihr Kind
(Schwer-) Behindert (amtlich anerkannt, das heißt mit Schwerbehindertenausweis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

42. Nimmt *Ihr Kind* an den freiwilligen und kostenlosen Vorsorgeuntersuchungen im Rahmen des Krankheitsfrüherkennungsprogramms für Kinder (U1 bis U9, J1) teil?

Nein, unser Kind war noch nie bei einer solchen Untersuchung.	<input type="checkbox"/>
Ja, aber wir haben einige Termine verpasst.	<input type="checkbox"/>
Ja, wir haben alle Termine wahrgenommen.	<input type="checkbox"/>

43. Ist *Ihr Kind* regelmäßig in ärztlicher oder therapeutischer Behandlung?

 Mehrfachnennungen sind möglich!

Nein	<input type="checkbox"/>
Ja, wegen:	
Verhaltensauffälligkeiten oder -störungen	<input type="checkbox"/>
Psychosomatischen Erkrankungen	<input type="checkbox"/>
Störungen des Halte- und Bewegungsapparats	<input type="checkbox"/>
Fehlernährung mit Über- oder Untergewicht/Esstörung	<input type="checkbox"/>
Sprachstörungen	<input type="checkbox"/>
Zahn-/Kieferorthopädischen Problemen	<input type="checkbox"/>
Chronischen Krankheiten	<input type="checkbox"/>
Anderem, und zwar:  _____	<input type="checkbox"/>

44. Gibt es in der Schule *Ihres Kindes* ein kostenloses Getränkeangebot (z.B. Trinkbrunnen)?

Ja, mein Kind nutzt das Angebot.	<input type="checkbox"/>
Ja, aber mein Kind nutzt das Angebot nicht.	<input type="checkbox"/>
Nein.	<input type="checkbox"/>
Weiß nicht.	<input type="checkbox"/>



45. Welche Dinge geben Sie *Ihrem Kind* als Verpflegung ("Pausenbrot") mit in die Schule?



Mehrfachnennungen sind möglich!

Nichts	<input type="checkbox"/>
Nichts, unser Kind erhält Geld und versorgt sich damit selbst (z. B. Bäcker, Supermarkt, Automat)	<input type="checkbox"/>
Verschiedene Dinge, und zwar:	
Obst/Gemüse	<input type="checkbox"/>
Belegte Brote	<input type="checkbox"/>
Süßigkeiten, Schokoriegel, Energieriegel	<input type="checkbox"/>
Fertigsnacks, z. B. Bifi	<input type="checkbox"/>
Milchgetränke	<input type="checkbox"/>
Wasser oder Tee	<input type="checkbox"/>
Softdrinks wie Cola, Limonade	<input type="checkbox"/>
Anderes, und zwar: _____	<input type="checkbox"/>

46. Nimmt *Ihr Kind* in der Schule eine warme Mittagsverpflegung zu sich?

Nie	<input type="checkbox"/>	
Ja, selten	<input type="checkbox"/>	⇒ weiter mit Frage 48
Ja, gelegentlich	<input type="checkbox"/>	⇒ weiter mit Frage 48
Ja, regelmäßig	<input type="checkbox"/>	⇒ weiter mit Frage 48

47. Warum nimmt *Ihr Kind* keine warme Mittagsverpflegung in Anspruch?



Mehrfachnennungen sind möglich!

Unser Kind hat nur vormittags Unterricht.	<input type="checkbox"/>
Unserem Kind schmeckt das Essen nicht.	<input type="checkbox"/>
Das Essen ist zu teuer.	<input type="checkbox"/>
Das Essen ist nicht ausgewogen.	<input type="checkbox"/>
Anderes, und zwar: _____	<input type="checkbox"/>

48. Nun einige Fragen zum Konsum von Genußmitteln in Ihrem Haushalt: In welchem Ausmaß rauchen Sie oder eine der folgenden Personen?



Nur ein Kreuz pro Person!

	Sie selbst	2. Bezugsperson
Nichtraucher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gelegenheitsraucher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Regelmäßiger Raucher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

49. Rauchen Sie oder eines Ihrer Haushaltsmitglieder in den Räumen Ihrer Wohnung?

Regelmäßig

Gelegentlich

Nie




50. Wie häufig trinken Sie oder eine der folgenden Personen im Allgemeinen Bier, Wein oder andere alkoholische Getränke getrunken?

 Nur ein Kreuz pro Person!

	Sie selbst	2. Bezugsperson
Jeden Tag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mehrmals pro Woche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nur zu besonderen Anlässen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Finanzielle Situation


51. Um das Haushaltseinkommen zu schonen oder aufzubessern, gibt es unterschiedliche Möglichkeiten. Was trifft auf Sie und Ihren Haushalt zu?


 Mehrfachnennungen sind möglich!

	Haben wir in den letzten 12 Monaten getan.	In den letzten 12 Monaten haben wir darüber nachgedacht.	Werden wir auf keinen Fall tun.
Nebenjob, um mehr Geld zu verdienen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abos, Verträge, Mitgliedschaften kündigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altersvorsorge, Bausparverträge etc. reduzieren/einfrieren/kündigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Preisbewusst einkaufen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sich möglichst preisgünstig ernähren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei Genussmitteln einschränken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auf Luxusartikel verzichten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei Kommunikation sparen (Telefon, Handy, Internet)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schulessen abbestellen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freizeitaktivitäten Ihres Kindes einschränken (z.B. Musikunterricht, Kino, Schwimmen gehen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eigene Freizeitaktivitäten einschränken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei Kinderbekleidung sparen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei eigener Bekleidung sparen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Finanzielle Unterstützung Ihres Kindes reduzieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Preiswertere Wohnung suchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urlaub zu Hause verbringen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gebrauchte Dinge kaufen/verkaufen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reparaturen selbst erledigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geld von Verwandten leihen/annehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Öfter zu Fuß gehen/Fahrrad fahren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auto abschaffen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kleineres/sparsameres Auto kaufen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anderes, und zwar: 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>




52. Wie setzt sich Ihr monatliches Haushaltseinkommen zusammen?

 Gemeint sind damit die Nettoeinkünfte aller Haushaltsmitglieder. Dazu zählen auch Renten, Zuwendungen und sonstige Unterstützungen. Bitte geben Sie alle Teileinkommen in Euro an, die Ihrem Haushalt zur Verfügung stehen.

Welche dieser Einkommensquellen hat Ihr Haushalt?	Nettobetrag in Euro
<input type="checkbox"/> Nettoeinkommen aus unselbstständiger Arbeit	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> €
<input type="checkbox"/> Nettoeinkommen aus selbstständiger Arbeit	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> €
<input type="checkbox"/> Zusätzliche Einkommen aus Zweitjob(s)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> €
<input type="checkbox"/> Einkommen aus Vermögen	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> €
<input type="checkbox"/> Einkommen aus öffentlichen Transferzahlungen (z.B. Arbeitslosengeld I und II, Kindergeld, Wohngeld, BAföG, Elterngeld)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> €
<input type="checkbox"/> Einkommen aus nichtöffentlichen Transferzahlungen (z. B. Werks- und Betriebsrenten, Unterhaltszahlungen)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> €
<input type="checkbox"/> Einnahmen aus Untervermietung/Vermietung	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> €
<input type="checkbox"/> Sonstiges, und zwar:  _____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> €

53. Wie hoch ist das monatliche Nettoeinkommen Ihres Haushaltes insgesamt in Euro (und damit aller Haushaltsmitglieder)?

 Wir meinen damit die Summe, die sich aus Lohn, Gehalt, Einkommen aus selbstständiger Tätigkeit, Rente oder Pension jeweils nach Abzug der Steuern und Sozialversicherungsbeiträge ergibt. Rechnen Sie bitte auch die Einkünfte aus öffentlichen Beihilfen, Einkommen aus Vermietung, Verpachtung, Wohngeld, Kindergeld und sonstige Einkünfte hinzu!

- | | | |
|--|--|--|
| Bis 500 € <input type="checkbox"/> | 2501 bis 3000 € <input type="checkbox"/> | 5001 bis 5500 € <input type="checkbox"/> |
| 501 bis 1000 € <input type="checkbox"/> | 3001 bis 3500 € <input type="checkbox"/> | 5501 bis 6000 € <input type="checkbox"/> |
| 1001 bis 1500 € <input type="checkbox"/> | 3501 bis 4000 € <input type="checkbox"/> | 6001 bis 6500 € <input type="checkbox"/> |
| 1501 bis 2000 € <input type="checkbox"/> | 4001 bis 4500 € <input type="checkbox"/> | Mehr als 6500 € <input type="checkbox"/> |
| 2001 bis 2500 € <input type="checkbox"/> | 4501 bis 5000 € <input type="checkbox"/> | |

54. Hat Ihr Haushalt eher mehr Schulden oder mehr Vermögen?

 Rechnen Sie bitte vorhandene Schulden, z.B. Dispositions- oder Baukredite, BAföG, Ratenzahlungen usw. mit Guthaben z.B. aus Immobilienbesitz, Mieteinnahmen, Geldanlagen, Erspartem usw. auf.


- | | |
|---------------|--|
| Eher Schulden | <input type="checkbox"/> |
| Eher Vermögen | <input type="checkbox"/> ➡ weiter mit Frage 57 |
| Weder noch | <input type="checkbox"/> ➡ weiter mit Frage 57 |

55. Wie sehr schränken diese Rückzahlungsverpflichtungen Sie und Ihren Haushalt finanziell im täglichen Leben ein?

- | Schränken uns überhaupt nicht ein. | | | | Schränken uns sehr ein. |
|------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



56. Was sind die Gründe für Ihre Schulden?


 Mehrfachnennungen sind möglich!

Krankheit/Unfall/Tod eines Familienangehörigen	<input type="checkbox"/>
Gescheiterte Selbstständigkeit	<input type="checkbox"/>
Trennung/Scheidung	<input type="checkbox"/>
Kauf von Konsumartikeln (z.B. Wohnungseinrichtung, Kfz, Handy)	<input type="checkbox"/>
Kauf von Immobilien	<input type="checkbox"/>
Niedriges Einkommen	<input type="checkbox"/>
Lange Arbeitslosigkeit	<input type="checkbox"/>
Anderes, und zwar:  _____	<input type="checkbox"/>

57. Wie beurteilen Sie die wirtschaftliche Lage Ihres Haushalts?

	sehr gut				sehr schlecht	kann ich nicht beurteilen
	1	2	3	4	5	
Vor einem Jahr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heute	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

58. Wie viel Taschengeld erhält Ihr Kind im Monat?

 Darunter zählt nicht Geld für Kleidung oder Essen, keine einmaligen Geschenke oder Zuwendungen von anderen Personen.

Unser Kind erhält kein Taschengeld  weiter mit Frage 60

Unser Kind erhält Taschengeld in Höhe von , Euro pro Monat

59. Wovon ist die Höhe des Taschengeldes abhängig?

Die Höhe des Taschengeldes ist abhängig von ...	schulischer Leistung.	<input type="checkbox"/>
	Verhalten/Betragen des Kindes.	<input type="checkbox"/>
	Erfüllen von Aufgaben.	<input type="checkbox"/>
	Nichts. Mein Kind soll lernen, mit Geld eigenverantwortlich umzugehen.	<input type="checkbox"/>



Angaben zur Person

60. In welchem Jahr sind Sie geboren?

Sie selbst

1	9		
---	---	--	--

2. Bezugsperson

1	9		
---	---	--	--

61. Welchen höchsten allgemeinbildenden Schulabschluss haben Sie bisher erworben?

Nur ein Kreuz pro Person!

2.
Sie selbst Bezugsperson

Von der Schule abgegangen ohne Schulabschluss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hauptschulabschluss/Volksschulabschluss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Realschulabschluss/Abschluss Polytechnischen Oberschule 10. Klasse (Mittlere Reife)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fachhochschulreife	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife/Abitur (Gymnasium bzw. EOS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anderer Schulabschluss, und zwar: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

62. Welchen höchsten beruflichen Abschluss haben Sie?

Nur ein Kreuz pro Person!

2.
Sie selbst Bezugsperson

Noch in beruflicher Ausbildung (Auszubildende/r, Student/in)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kein beruflicher Abschluss, nicht in beruflicher Ausbildung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abgeschlossene beruflich-betriebliche Ausbildung (Lehre)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abgeschlossene beruflich-schulische Ausbildung (Berufsfachschule, Handelsschule)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausbildung an einer Fach-/ Meister-/ Technikerschule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fachhochschulabschluss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hochschulabschluss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anderer beruflicher Abschluss, und zwar: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

63. Sind Sie zurzeit erwerbstätig? Was auf dieser Liste trifft auf Sie zu?


Unter Erwerbstätigkeit wird jede bezahlte bzw. mit einem Einkommen verbundene Tätigkeit verstanden, egal welchen zeitlichen Umfang sie hat. Wenn Sie mehrere Tätigkeiten ausüben, addieren Sie bitte die Arbeitszeit in Stunden.

2.
Sie selbst Bezugsperson

Vollzeiterwerbstätig mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von 35 Stunden und mehr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ➡ weiter mit Frage 66
Teilzeiterwerbstätig mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von 15 bis 34 Stunden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ➡ weiter mit Frage 66
Teilzeit- oder stundenweise erwerbstätig mit einer wöchentlichen Arbeitszeit unter 15 Stunden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ➡ weiter mit Frage 66
Zur Zeit nicht erwerbstätig (Arbeitslose, Null-Kurzarbeit, Vorruhestand, Rentner, Elternzeit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>




64. Was sind die Gründe dafür, dass Sie zur Zeit nicht erwerbstätig sind?

 *Mehrfachnennungen sind möglich!*


	Sie selbst	2. Bezugsperson
Geburt eines Kindes/Elternzeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hausfrau/Hausmann	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflege/Betreuung von erwachsenen Familienmitgliedern oder Verwandten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Umzug	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere familiäre Gründe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausbildung/Studium	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Warten auf einen Ausbildungs-/Studienplatz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeitssuche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeitslosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kurzarbeit/Warteschleife	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krankheit/Unfall/Arbeitsunfähigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vorruhestand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verrentung/Pensionierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Privatier (Lebensunterhalt aus eigenem Vermögen ohne Erwerbstätigkeit oder ohne staatliche Unterstützung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Längerer Urlaub/Reise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Um-/Aussiedlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere nicht-familiäre Gründe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

65. Seit wann sind Sie ohne Erwerbstätigkeit?

 *Bitte geben Sie die Dauer Ihrer derzeitigen Erwerbslosigkeit in Monaten an.*

Sie selbst:	<input type="text"/> <input type="text"/> Monate	war noch nie erwerbstätig <input type="checkbox"/>
2. Bezugsperson:	<input type="text"/> <input type="text"/> Monate	war noch nie erwerbstätig <input type="checkbox"/>

66. Wie lange waren Sie insgesamt während Ihrer Berufstätigkeit von Erwerbslosigkeit betroffen (ohne Elternzeit)?

 *Bitte geben Sie die Dauer insgesamt in Monaten an, die Sie während Ihrer Zeit im Berufsleben in Erwerbslosigkeit verbracht haben inklusive Ihrer eventuell derzeitigen Erwerbslosigkeit.*

Sie selbst:	noch nie erwerbslos gewesen <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Monate
2. Bezugsperson:	noch nie erwerbslos gewesen <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Monate



67. Welche berufliche Stellung trifft auf Sie zu?



Falls Sie derzeit nicht erwerbstätig sind, bitte beziehen Sie Ihre Antwort auf Ihre letzte berufliche Stellung.

	Sie selbst	2. Bezugsperson
Arbeiter/-in	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angestellte/-r	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beamter/Beamtin, Richter/-in, Berufssoldat/-in	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbstständige/-r, Freiberufler/-in	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich war noch nie erwerbstätig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

68. Welchen Familienstand haben Sie momentan?

Verheiratet:	mit Ehepartner/-in zusammenlebend	<input type="checkbox"/>
	Ehepartner/-in wohnt überwiegend woanders	<input type="checkbox"/>
	getrennt lebend - ohne feste Partnerschaft	<input type="checkbox"/>
	getrennt lebend - wohne mit meinem/meiner neuen Partner/-in zusammen	<input type="checkbox"/>
	getrennt lebend - mein/-e neue/-r Partner/-in wohnt woanders	<input type="checkbox"/>
Geschieden:	ohne feste Partnerschaft	<input type="checkbox"/>
	wohne mit meinem/meiner neuen Partner/-in zusammen	<input type="checkbox"/>
	mein/-e neue/-r Partner/-in wohnt woanders	<input type="checkbox"/>
Verwitwet:	ohne feste Partnerschaft	<input type="checkbox"/>
	wohne mit meinem/meiner neuen Partner/-in zusammen	<input type="checkbox"/>
	mein/-e neue/-r Partner/-in wohnt woanders	<input type="checkbox"/>
Ledig:	ohne feste Partnerschaft	<input type="checkbox"/>
	wohne mit meinem/meiner Partner/-in zusammen	<input type="checkbox"/>
	mein/-e Partner/-in wohnt woanders	<input type="checkbox"/>

69. Haben Sie den Fragebogen allein ausgefüllt?

Ja	<input type="checkbox"/>	Ende des Fragebogens
Nein	<input type="checkbox"/>	

70. Mit wem haben Sie den Fragebogen ausgefüllt?



Mehrfachnennungen sind möglich!

...mit dem leiblichen Vater.	<input type="checkbox"/>
...mit der leiblichen Mutter.	<input type="checkbox"/>
...mit dem sozialen Vater.	<input type="checkbox"/>
...mit der sozialen Mutter.	<input type="checkbox"/>
...mit dem Partner der leiblichen Mutter.	<input type="checkbox"/>
...mit der Partnerin des leiblichen Vaters.	<input type="checkbox"/>
...mit meinem Lebenspartner.	<input type="checkbox"/>
...mit meiner Lebenspartnerin.	<input type="checkbox"/>
...mit einer anderen Person (Bitte angeben!):	<input type="checkbox"/>

