Anmeldeformular Kooperationsverzeichnis

**Allgemeine Kontaktdaten der kooperierenden Einrichtungen**

|  |  |
| --- | --- |
| Name der Einrichtung / des Dienstes |  |
| Trägerschaft |  |
| Art der Einrichtung / Art des Dienstes | *(z.B. Niedrigschwellige Hilfe, Kontaktladen etc.)* |
| Straße und Hausnummer |  |
| PLZ / Ort |  |
| Bundesland |  |
| Internetadresse |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Name der Einrichtung / des Dienstes |  |
| Trägerschaft |  |
| Art der Einrichtung / Art des Dienstes |  |
| Straße und Hausnummer |  |
| PLZ / Ort |  |
| Bundesland |  |
| Internetadresse |  |

**Angaben zur Kooperation zwischen Wohnungsnotfallhilfe und Suchthilfe**

|  |  |
| --- | --- |
| **Art der Kooperation**Welche Art der Kooperation zwischen Wohnungsnotfallhilfe und Suchthilfe führen Sie gemeinsam durch?  | *(max. 1.000 Zeichen)* |
| **Weiterführende Informationen zu der Kooperation** Projektbeschreibung, Veröffentlichungen etc. |  |