

Sondage Soutien aux aînés

Prénom, Nom : _____

Adresse : _____

Municipalité : _____

Date : _____

Téléphone : _____

Courriel : _____

Homme Femme autre

Groupe d'âge :

50 à 59 ans 60 à 64 ans 65 à 69 ans 70 à 74 ans

75 à 79 ans 80 à 84 ans 85 à 89 ans 90 ans et +

Le CABMN s'engage à ne pas divulguer à une tierce partie, ni utiliser pour autrui, toute information confidentielle, à moins d'obtenir votre autorisation écrite.

1. Habitez-vous seul(e) ?

Oui Non

2. Avez-vous des gens autour de vous pour échanger ou socialiser ?

(ex : conjoint(e), famille, amis(es) ou autres)

Oui Non

3. Vous sentez-vous en sécurité chez vous ?

Oui Non

Sinon, à quel moment vous sentez-vous vulnérable ?

le jour la nuit en tout temps

4. Votre mobilité physique et vos déplacements sont-ils :

Oui Non *Si oui, svp expliquez : _____*

5. Le transport, est-ce un problème pour vous ?

Oui Non

Si oui, à quel moment?

l'hiver l'été l'automne en tout temps

6. Si vous deviez quitter votre domicile, devriez-vous quitter votre région ?

Oui Non *Commentaires : _____*

7. Si nous offrons le service d'une popote roulante, à quelle fréquence l'utiliserez-vous ?

- Plusieurs fois semaine Chaque semaine Aux 2 semaines
 Une fois par mois Pas du tout

Commentaires: _____

8. Avez-vous de l'intérêt à participer à des ateliers sur les sujets suivants :

- la mémoire la santé physique Le deuil Subventions disponibles
 Tablette/téléphones intelligents testaments et autres documents légaux
 Autre(s) sujet(s): _____

9. Souhaiteriez-vous participer à un atelier sur le deuil et ses implications ?

- Oui Non

10. Comment avez-vous découvert nos services ?

- Bouche à oreille CLSC-CUISSS Références Internet (site web)
 Autres _____

11. Dans les services que nous offrons lesquels connaissez-vous ?

Indiquez le ou lesquelles :

- Viactive PIED PAIR Accompagnement-transport
 Clinique d'impôt Références Soutien
 Prêt d'équipement Support aux proche aidants
 Autres _____

12. Au cours de la dernière année, avez-vous fait un appel au Centre d'Action Bénévole Missisquoi-Nord (CABMN) pour des informations et/ou services ?

- Oui Non

a. Si oui, est-ce la première fois que vous utilisez ce (ces) service(s) ?

- Oui Non

b. Quel est votre niveau global de satisfaction du (des) service(s) reçu(s) ?

- Extrêmement satisfait(e) Très satisfait(e) Satisfait(e)
 Insatisfait(e) Très insatisfait(e) Extrêmement insatisfait(e)

Commentaires ou suggestions : _____

13. Quelle est la probabilité que vous recommandiez les services du Centre d'Action Bénévole Missisquoi-Nord (CABMN) à un ami ou à votre entourage ?

- Très probable Probable Peu probable Aucunement

Commentaires ou Suggestions : _____

**Merci pour votre participation à ce sondage.
Ceci nous aidera afin de mieux comprendre vos besoins et vous offrir un meilleur service.**