

Enquête annuelle de satisfaction

Nom et Prénom du bénéficiaire (facultatif) : _____

Commune d'habitation : _____

Date : / 2015

Vous êtes :

le bénéficiaire un aidant : autre :

Quel est votre degré de satisfaction sur les points suivants :

Notation de 1 "Pas du tout satisfait" à 4 "Totalemment satisfait"	1	2	3	4
Amabilité des intervenant(e)s				
Sentiment de Confiance inspiré par les accordée aux intervenant(e)s				
Ponctualité des intervenant(e)s				
Réponse des intervenant(e)s à vos attentes				
Compétence et efficacité des intervenant(e)s en matière de handicap				
Respect de votre lieu de vie et de vos habitudes				
Respect de votre intimité, de votre dignité				
Discrétion et respect du secret professionnel				
Coordination entre les intervenant(e)s				
Respect du délai de remplacement et de la continuité de service				
Coordination avec les divers services (infirmiers ou autres)				

Notation de 1 "Pas du tout satisfait" à 4 "Totalemment satisfait"	1	2	3	4
Compétence et efficacité du référent en matière de handicap				
Suivi régulier de la prestation				
Adaptation du service en fonction de votre prise en charge				
Disponibilité de nos services				
Réponses à vos demandes spécifiques				
Traitement de vos messages par les services de notre association				

Comment évaluez-vous nos services ?

Notation de 1 "Pas du tout satisfait" à 4 "Totalemment satisfait"	1	2	3	4
Appréciation globale				

Recommanderiez-vous notre association à un proche s'il en avait besoin?

Oui Non - pourquoi ?

Qu'appréciez-vous dans le service rendu ?

Qu'est-ce qui vous gêne ou vous déplaît dans le service rendu ?

Quelles suggestions pourriez-vous faire pour améliorer le service rendu ?

Comment évaluez-vous le GLUPSH au regard des points suivants...

Le GLUPSH est votre Groupement Local d'Usagers et de Personnes en Situation de Handicap.

Notation de 1 "Pas du tout satisfait" à 4 "Totalemment satisfait"	1	2	3	4
intéressant				
utile				

Quel est la situation de handicap de la personne concernée? (Plusieurs réponses possibles)

- | | |
|-----------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Handicap intellectuel ou mental | <input type="checkbox"/> handicap auditif |
| <input type="checkbox"/> Handicap visuel | <input type="checkbox"/> handicap moteur |
| <input type="checkbox"/> Handicaps associés, polyhandicap | <input type="checkbox"/> handicap psychique |
| <input type="checkbox"/> Handicaps rares | <input type="checkbox"/> Autres: |

Quel est l'âge de la personne en situation de handicap ? ans

Quel est le sexe de la personne en situation de handicap?

- Masculin Féminin

La personne en situation de handicap bénéficie de :

- | | |
|---------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> l'ACTP | <input type="checkbox"/> une Pension d'invalidité |
| <input type="checkbox"/> la PCH | <input type="checkbox"/> la MTP (Majoration Tierce Personne) |
| <input type="checkbox"/> l'AAH | <input type="checkbox"/> une Rente assurantielle |
| <input type="checkbox"/> l'APA | <input type="checkbox"/> l'AEEH |

Merci pour le temps que vous avez consacré à remplir ce questionnaire, n'oubliez pas de le communiquer à notre association par la voie qui vous convient le mieux.

En application des articles 39 et suivants de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent.