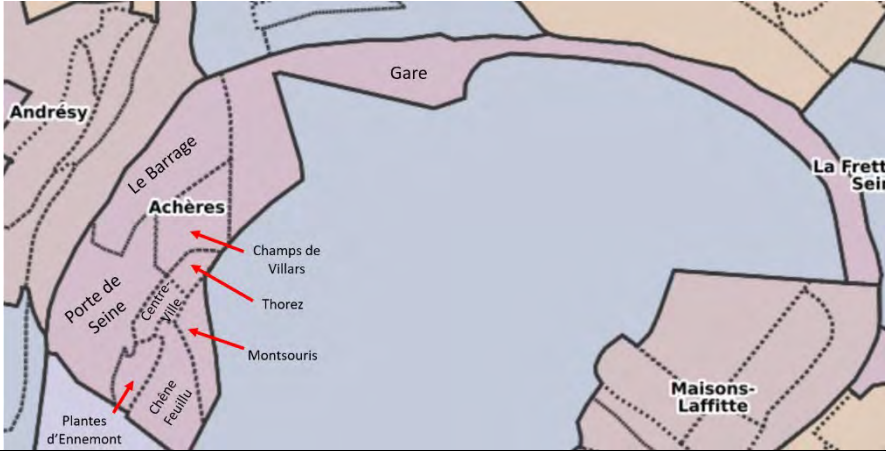


Enquête à destination des Aînés de la ville de Achères

Votre avis compte !

Ce questionnaire est à remettre à l'accueil de l'Espace Familles, situé au 8 rue du 8 mai 1945

Profil

Lieu de résidence principal	<input type="checkbox"/> Achères <input type="checkbox"/> Autre commune
Votre genre	<input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin
Votre classe d'âge	<input type="checkbox"/> 60-70 ans <input type="checkbox"/> 71-75 ans <input type="checkbox"/> 76-80 ans <input type="checkbox"/> 81-85 ans <input type="checkbox"/> 86 ans et plus
Depuis combien d'années résidez-vous à Achères ?	<input type="checkbox"/> Moins de 2 ans <input type="checkbox"/> 2-5 ans <input type="checkbox"/> 6-15 ans <input type="checkbox"/> 16 ans et plus
Souhaitez-vous continuer à habiter Achères ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Dans quel quartier habitez-vous actuellement ?	<input type="checkbox"/> Centre-ville <input type="checkbox"/> Champs de Villars <input type="checkbox"/> Thorez <input type="checkbox"/> Gare <input type="checkbox"/> Porte de Seine <input type="checkbox"/> Le Barrage <input type="checkbox"/> Chêne Feuillu <input type="checkbox"/> Montsouris <input type="checkbox"/> Plantes d'Ennemont
	
Quelle est votre situation familiale ?	<input type="checkbox"/> En couple <input type="checkbox"/> Seul(e) <input type="checkbox"/> Autre
Avez-vous des enfants ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Avez-vous des difficultés à vous déplacer	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Considérez-vous que votre niveau de revenu vous permette	<input type="checkbox"/> Parfaitement <input type="checkbox"/> Oui plutôt <input type="checkbox"/> Pas vraiment <input type="checkbox"/> Absolument pas

Ce questionnaire est à remettre à l'accueil de l'Espace Familles, situé au 8 rue du 8 mai 1945

de vivre convenablement ?	<input type="checkbox"/> Ne se prononce pas <input type="checkbox"/> Remarques :
Etes-vous :	<input type="checkbox"/> Propriétaire ou accédant à la propriété <input type="checkbox"/> Locataire d'un logement social <input type="checkbox"/> Locataire d'un logement privé et autre <input type="checkbox"/> Hébergé.e à titre gracieux <input type="checkbox"/> Sans domicile fixe <input type="checkbox"/> Autre
Etes-vous satisfait de votre situation actuelle par rapport à votre logement ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Votre domicile est...	<input type="checkbox"/> Un appartement <input type="checkbox"/> Une maison individuelle <input type="checkbox"/> Le lieu de résidence de votre famille ou de proches <input type="checkbox"/> Une résidence pour séniors
Votre logement vous semble-t-il adapté à l'évolution de votre situation et de vos besoins ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si vous avez un appartement ou une maison, avez-vous effectué des travaux pour adapter votre logement à vos besoins (exemple : installation d'une baignoire ou d'une douche adaptée, installation d'une rampe d'accès dans le cas d'escalier intérieur etc.) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non je n'en ai pas besoin <input type="checkbox"/> Non je n'en ai pas les moyens
Disposez-vous d'une aide-ménagère ou d'une aide à domicile ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non je n'en ai pas besoin <input type="checkbox"/> Non je n'en ai pas les moyens

Activités

Etes-vous impliqué au sein d'une association ? Si oui, laquelle ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, précisez :
Bénéficiez-vous d'activité ou d'accompagnement proposés par une association sur le territoire ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, précisez :
A quelle fréquence sortez-vous de chez vous ?	<input type="checkbox"/> Plusieurs fois par jour <input type="checkbox"/> Une fois par jour <input type="checkbox"/> Trois fois par semaine <input type="checkbox"/> Une fois par semaine <input type="checkbox"/> Moins d'une fois par semaine

Ce questionnaire est à remettre à l'accueil de l'Espace Familles, situé au 8 rue du 8 mai 1945

Avez-vous des difficultés à sortir de chez vous (difficulté de mobilité, coût, logement inadapté, etc.) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, précisez
---	---

Connaissance des services et accompagnements aux démarches

Connaissez-vous les services du CCAS	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, précisez lesquels :
Avez-vous des difficultés à utiliser les outils numériques pour compléter vos démarches administratives ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Remarques :
Etes-vous accompagnés pour vos démarches administratives par un tiers ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Remarques :
Connaissez-vous le Point Justice ? (PAD : Point d'Accès aux Droits)	<input type="checkbox"/> Oui, je m'y rends parfois <input type="checkbox"/> Oui mais je n'en ai pas besoin <input type="checkbox"/> Non, je ne sais pas ce que c'est

Isolement

Vous sentez vous...	<input type="checkbox"/> Fortement isolé <input type="checkbox"/> Isolé <input type="checkbox"/> Peu isolé <input type="checkbox"/> Absolument pas isolé <input type="checkbox"/> Ne se pro
Parmi ces facteurs relatifs à l'isolement, sélectionnez ceux qui semblent vous concerner	<input type="checkbox"/> Dépendance physique <input type="checkbox"/> Difficulté de mobilité <input type="checkbox"/> Absence de liens sociaux <input type="checkbox"/> Absence de liens familiaux <input type="checkbox"/> Faible offre d'activités sur le territoire <input type="checkbox"/> Situation financière contrainte <input type="checkbox"/> Eloignement géographique <input type="checkbox"/> Aucun des critères ci-dessus
A quelle fréquence vos enfants vous rendent-ils visite ? <i>Uniquement si enfants = oui</i>	<input type="checkbox"/> Plusieurs fois par semaine <input type="checkbox"/> Plusieurs fois par mois <input type="checkbox"/> Plusieurs fois par an <input type="checkbox"/> Moins d'une fois par an
De façon générale, souhaitez-vous que l'on vous rende davantage visite ?	<input type="checkbox"/> Oui beaucoup <input type="checkbox"/> Oui parfois <input type="checkbox"/> Non pas vraiment <input type="checkbox"/> Pas du tout

Santé, soins

Avez-vous des difficultés relatives à des soins médicaux ? (Manques de médecins, délais pour obtenir un rendez-vous, éloignement géographique, etc.)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, précisez pourquoi :
--	--