|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| U:\Data\New2008LogoCURRENT\NO TAGLINE\JPG\CLO_Stormont_RGB.jpg | **Sondage de la rétroaction de la famille ou du/de la tuteur(rice)**  |  |
| **ANNÉE : 2024** |
| **Tous les deux ans, le C.L.S.C. profite de cette occasion pour entendre le point de vue des membres de la famille ou du/de la tuteur(rice) afin de s'assurer que le travail qu’il accomplit est conforme à sa mission, sa vision, ses valeurs et ses attentes.** **Veuillez répondre à toutes les questions du sondage de rétroaction ou seulement à celles auxquelles vous vous sentez à l'aise de répondre.** **Vos commentaires sont les bienvenus. Nous vous invitons aussi à nous poser toutes les questions que vous pourriez avoir au sujet de notre travail.****Merci!**  |
| **SECTION no 1 :** |  |
| **Services de l'Ontario pour les personnes ayant une déficience intellectuelle** | **OUI** | **NON** | **S.O.** |
| 1. **Savez-vous que Services de l'Ontario pour les personnes ayant une déficience intellectuelle de la région de l'Est (SOPDIRE) est le point d'accès unique aux services et aux soutiens pour votre fils ou fille, votre frère ou sœur, ou un autre membre de votre famille?**

**Numéro sans frais : 1-855-376-3737**  |  |  |  |
| **SECTION no 2 :** |  |
| **Veuillez ne cocher 🗹qu’UNE SEULE case (OUI, NON ou S.O. « sans objet ») pour répondre à chacune des questions**. |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **OUI** | **NON** | **S.O.** |
| 1. **Connaissez-vous le plan centré sur la personne et le plan de soutien individualisé établis pour votre fils ou fille, votre frère ou sœur, ou un autre membre de votre famille, et en êtes-vous satisfait(e)?**
 |  |  |  |
| **COMMENTAIRES :** |
|  |
|  |
|  |
|  |  |  |  |
|  | **OUI** | **NON** | **S.O.** |
| 1. **Êtes-vous convaincu(e) que votre fils ou fille, votre frère ou sœur, ou qu’un autre membre de votre famille bénéficie d'un milieu de vie sécuritaire ou soutenu par la communauté?**
 |  |  |  |
| **COMMENTAIRES :** |
|  |
|  |
|  |
|  | **OUI** | **NON** | **S.O.** |
| 1. **Votre fils ou fille, votre frère ou sœur, ou un autre membre de votre famille a-t-il(elle) la possibilité de participer à des activités communautaires et d'utiliser les services génériques au mieux de ses capacités?**
 |
| **COMMENTAIRES :** |
|  |
|  |
|  |
|  | **OUI** | **NON** | **S.O.** |
| 1. **Pensez-vous que le/la directeur(rice) et le personnel du service fourni à votre fils ou fille, votre frère ou sœur, ou un autre membre de votre famille sont disponibles pour répondre à vos questions et partager l'information si nécessaire?**
 |  |  |  |
| **COMMENTAIRES :** |
|  |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **OUI** | **NON** | **S.O.** |
| 1. **Êtes-vous satisfait(e) du service fourni à votre fils ou fille, votre frère ou sœur, ou un autre membre de votre famille?**
 |  |  |  |
| **COMMENTAIRES :** |
|  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| 1. **Qu'est-ce qui compte le plus pour vous dans le soutien que le membre de votre famille reçoit d’Intégration Communautaire – comté de Stormont?**
 |
| **COMMENTAIRES :** |
|  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| 1. **Veuillez indiquer la probabilité que vous recommandiez Intégration Communautaire – comté de Stormont à d'autres personnes pour qu'elles bénéficient de ses services.**
 |
|  **□ Peu probable □ Probable** |

|  |
| --- |
| 1. **Qu’est-ce qu’Intégration Communautaire – comté de Stormont pourrait faire pour mieux soutenir les gens et les familles? Il peut s'agir de la modification d’un service existant ou de quelque chose d'entièrement différent. Quels défis ou obstacles pourraient s'y opposer?**
 |
| **COMMENTAIRES :** |
|  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| 1. **S’il y a certaines choses qu’Intégration Communautaire – comté de Stormont devrait garder à l'esprit dans le cadre du processus de planification stratégique, n'hésitez pas à nous en faire part.**
 |
| **COMMENTAIRES :** |
|  |
|  |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **AUTRE** | **OUI** | **NON** | **S.O.** |
| 1. **Aimeriez-vous faire partie d'un groupe familial?**

**Si oui, contactez-vous au 613-938-9550, poste 241** |  |  |  |
| 1. **Avez-vous participé à des réunions sur la défense des droits?**

**Si oui, de quels types de réunions s’agissait-il?** |  |  |  |

**Au nom d’Intégration Communautaire – comté de Stormont, nous vous remercions d'avoir pris le temps de répondre à ce sondage. Vos commentaires nous aideront à fournir les meilleurs services et soutiens possibles.**