

ENQUÊTE SUR LES BESOINS DES PERSONNES AGÉES

CE QUESTIONNAIRE **ANONYME** EST À RETOURNER **AU CCAS DE VOTRE COMMUNE OU EN MAIRIE, AVANT LE 15 OCTOBRE 2022.**

VOTRE SITUATION

| | | | | |
|----------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------|
| Votre tranche d'âge | <input type="checkbox"/> 60-70 | <input type="checkbox"/> 71-80 | <input type="checkbox"/> 81-90 | <input type="checkbox"/> + de 90 |
| Vous êtes | <input type="checkbox"/> Une femme | | <input type="checkbox"/> Un homme | |
| Vous vivez | <input type="checkbox"/> Seul(e) | <input type="checkbox"/> En famille | | <input type="checkbox"/> En couple |
| Vous êtes | <input type="checkbox"/> Retraité(e) | | <input type="checkbox"/> En activité | |

VOTRE LOGEMENT

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| Type | <input type="checkbox"/> Maison individuelle | <input type="checkbox"/> Appartement | <input type="checkbox"/> Résidence autonomie | |
| Nombre de pièces | pièces | | | |
| Environnement | <input type="checkbox"/> Centre-ville/bourg | <input type="checkbox"/> Périphérie/Hameau | | <input type="checkbox"/> Isolé |
| Avez-vous des commerces à proximité ? | <input type="checkbox"/> Oui | | <input type="checkbox"/> Non | |
| Votre logement présente-t-il des difficultés ? | <input type="checkbox"/> Chauffage | <input type="checkbox"/> Escaliers | <input type="checkbox"/> Salle de bain | <input type="checkbox"/> Autre (préciser) |
| Connaissez-vous les aides disponibles pour améliorer votre logement ? | <input type="checkbox"/> Oui | | <input type="checkbox"/> Non | |

VOTRE LOGEMENT

| | | | | | | | |
|---|---------------------------------|----------------------------------|---|-----------------------------------|------------------------------------|---|--|
| Avez-vous recours à des services à domicile ? | <input type="checkbox"/> Oui | | | | <input type="checkbox"/> Non | | |
| Lesquels ? | <input type="checkbox"/> Ménage | <input type="checkbox"/> Courses | <input type="checkbox"/> Portage de repas | <input type="checkbox"/> Toilette | <input type="checkbox"/> Habillage | <input type="checkbox"/> Soins infirmiers | <input type="checkbox"/> Autre (préciser) |
| De quels services souhaiteriez-vous bénéficier ? | <input type="checkbox"/> Ménage | <input type="checkbox"/> Courses | <input type="checkbox"/> Portage de repas | <input type="checkbox"/> Toilette | <input type="checkbox"/> Habillage | <input type="checkbox"/> Soins infirmiers | <input type="checkbox"/> Autre (préciser) |

MOBILITÉ ET TRANSPORTS

| | | | | |
|---|--|---|--|--|
| Avez-vous des difficultés à vous déplacer ? | <input type="checkbox"/> Oui | | <input type="checkbox"/> Non | |
| Quels moyens de transports utilisez-vous ? | <input type="checkbox"/> Véhicule personnel | <input type="checkbox"/> Taxi | <input type="checkbox"/> Covoiturage | <input type="checkbox"/> Famille ou aidant |
| | <input type="checkbox"/> Transport en commun | <input type="checkbox"/> Transport à la demande | <input type="checkbox"/> Autre (préciser) | |
| Les moyens de transport d'Annonay Rhône Agglo répondent-ils à vos besoins ? | <input type="checkbox"/> Oui | | <input type="checkbox"/> Non | |

VIE SOCIALE

| | | | | |
|---|---|--|------------------------------------|---|
| Pratiquez-vous des loisirs ? | <input type="checkbox"/> Oui | | <input type="checkbox"/> Non | |
| Où et comment les pratiquez-vous ? | <input type="checkbox"/> À votre domicile | <input type="checkbox"/> À l'extérieur | <input type="checkbox"/> En groupe | <input type="checkbox"/> Individuellement |
| Faites-vous partie d'une ou plusieurs associations ? | <input type="checkbox"/> Oui | | <input type="checkbox"/> Non | |
| Vous sentez-vous seul(e) ? | <input type="checkbox"/> Oui | | <input type="checkbox"/> Non | |
| Avez-vous des visites régulières à votre domicile ? | <input type="checkbox"/> Oui | | <input type="checkbox"/> Non | |
| À quelle fréquence ? | <input type="checkbox"/> Journalière | <input type="checkbox"/> Hebdomadaire | <input type="checkbox"/> Mensuelle | <input type="checkbox"/> Occasionnelle |
| En cas de problème, avez-vous quelqu'un sur qui vous pouvez compter ? | <input type="checkbox"/> Oui | | <input type="checkbox"/> Non | |

EN CAS DE DIMINUTION AUTONOMIE, COMMENT ENVISAGEZ-VOUS VOTRE AVENIR ?

| | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| Dans votre domicile actuel | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| En adaptant votre domicile actuel | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| En changeant pour un domicile plus adapté et sécurisé | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Vous sentez-vous seul(e) ? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Avez-vous des visites régulières à votre domicile ? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| À quelle fréquence ? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| En cas de problème, avez-vous quelqu'un sur qui vous pouvez compter ? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |