**Sondage sur l’expérience par rapport aux services en français**

Ce sondage a comme objectif d’informer (insérer nom du foyer de soins de longue durée) sur votre expérience en tant que résident, résidente, proche-aidant ou proche-aidante par rapport aux services en français. Nous aimerions en apprendre davantage sur la façon dont vous vous êtes senti-e afin d’améliorer les services en français offerts aux résidents et aux résidentes.

**Dans quelle section du foyer de soins de longue durée habitez-vous ou est-ce que votre proche habite?** (Si cette question est pertinente, veuillez écrire les noms de vos ailes, unités ou quartiers)

▢ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

▢ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

▢ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

▢ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Êtes-vous un résident, une résidente, un proche-aidant ou une proche-aidante?**

▢ résident ou résidente

▢ proche-aidant ou proche-aidante

**1. Dans quelle langue êtes-vous servi-e-s ou est-ce que votre proche est servi-e?**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Langue utilisée** | | |
| Français | Anglais | Français et Anglais |
| ▢ | ▢ | ▢ |

**2. Comment vous sentez-vous ou est-ce que votre proche se sent par rapport à la langue utilisée pour offrir des services? Vous pouvez cocher plus d’une réponse.**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Émotions** | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Bien | À l’aise | Indifférent | Craintif | Déçu | Frustré | Autre |
| ▢ | ▢ | ▢ | ▢ | ▢ | ▢ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**3. Est-ce que la langue utilisée vous permet ou permet à votre proche de :**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Oui | La plupart du temps | Un peu | Pas vraiment | Pas du tout |
| Bien comprendre | ▢ | ▢ | ▢ | ▢ | ▢ |
| D’être bien compris | ▢ | ▢ | ▢ | ▢ | ▢ |

**4. Qu’est-ce que** (insérer nom du foyer de soins de longue durée) **fait de bien par rapport à l’offre de services en français?**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**5. Comment** (insérer nom du foyer de soins de longue durée) **pourrait améliorer son offre de services en français?**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**6. Évaluez votre expérience générale des services en français selon l’échelle suivante :**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Bien | À l’aise | Indifférent | Craintif | Déçu | Frustré | Autre : \_\_\_\_\_\_\_\_ |

------------------------------

*Optionnel :* Afin de nous permettre d’améliorer davantage les services en français à (insérer nom du foyer de soins de longue durée), prière d’inscrire vos coordonnées ci-dessous afin que nous puissions communiquer avec vous pour de plus amples renseignements.

Nom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Merci de votre collaboration**