

**SERVICES D'AIDE AUX FAMILLES (FSS) - ENQUETE DE
SATISFACTION
Mise à jour de 20/04/22**

A L'USAGE DE L'AGENCE UNIQUEMENT : A REMPLIR PAR LE REPRESENTANT DE L'AGENCE	
Agence fournissant le service:	Comté
Personnel responsable du service:	
Service(s) fourni(s):	
Description du service/année du programme :	

Veillez indiquer comment vous évalueriez globalement le programme/service FSS mentionné ci-dessus. Veillez cocher les cases appropriées.

1. Comment évaluez-vous la qualité générale des programmes/services ?
 Excellent Très bien Bien Passable Mauvais
2. Les programmes/services ont-ils répondu à vos besoins/objectifs ?
 Oui Non
3. Comment évaluez-vous l'efficacité des employés du programme ?
 Excellent Très Bien Bien Passable Mauvais
4. Savez-vous à qui vous adresser à l'agence si vous avez des questions ou des préoccupations ?
 Oui Non
5. Le personnel a-t-il été réceptif aux questions ou préoccupations que vous avez soulevées au sujet des programmes/services ?
 Toujours/Habituellement Parfois Rarement/jamais Non Applicable
6. Quels sont les aspects positifs du programme/service ? Sélectionnez tous les aspects qui s'appliquent
 Facilité d'application
 Rapidité des services
 Qualité de la gestion du programme
 Personnel correctement formé et capable de répondre aux besoins du membre de la famille
 Attentivité du personnel aux besoins du membre de ma famille
 Propreté du programme
 Bonne communication

- Rapidité de réponse aux demandes de renseignements, questions, préoccupations, remboursements, etc.
 - Le programme convenait à ma famille
 - Nombre approprié de personnel
 - Qualité du programme en soi
 - Moment/localisation des services (accès aux services)
 - Autre
-
-

7. De quelle manière les programmes/services pourraient-ils être améliorés ? Sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent

- Facilité d'application
 - Rapidité des services
 - Qualité de la gestion du programme
 - Personnel correctement formé et capable de répondre aux besoins du membre de la famille
 - Attentivité du personnel aux besoins du membre de ma famille
 - Propreté du programme
 - Bonne communication
 - Rapidité de réponse aux demandes de renseignements, questions, préoccupations, remboursements, etc.
 - Le programme convenait à ma famille
 - Nombre approprié de personnel
 - Qualité du programme en soi
 - Moment/ localisation des services (accès aux services)
 - Autre
-
-

8. Veuillez fournir tout commentaire supplémentaire sur les programmes/services (facultatif) :
