

QUESTIONNAIRE

PROJET D'HABITAT REGROUPÉ ET DE SERVICES D'ACCOMPAGNEMENT

1. **NOM (3 premières lettres)**

2. **PRÉNOM (Initiale)**

3. **ANNÉE DE NAISSANCE**

4. **SEXE** Masculin Féminin

5. **LIEU DE RÉSIDENCE :** DÉPARTEMENT

COMMUNE

6. SITUATION FAMILIALE

- 1 Célibataire 5 Séparé(e)
 2 Union libre 6 Divorcé(e)
 3 Pacsé(e) 7 Veuf(ve)
 4 Marié(e)

7. **NOMBRE D'ENFANTS À CHARGE**

LOGEMENT

8. QUEL EST VOTRE TYPE D'HABITAT ?

- 1 Domicile
A. Vivez-vous seul(e) ? Oui Non
B. Si non, précisez avec quelles autres personnes : conjoint, amis, parents, frère ou soeur, etc. ?
C. Si oui, êtes-vous inquiet(e) de vivre seul(e) ?
 1 Oui, souvent 2 De temps en temps 3 Jamais
 2 Foyer d'Hébergement / Foyer de Jeunes Travailleurs
 3 Foyer de Vie / Foyer d'Accueil Médicalisé
 4 Famille d'Accueil
 5 Autre, précisez :

9. VOTRE TYPE D'HABITAT VOUS SATISFAIT-IL ?

- 1 Pas du tout satisfait 2 Moyennement satisfait 3 Très satisfait

10. RENCONTREZ-VOUS DES PROBLÈMES DE VOISINAGE ?

- 1 Oui, souvent 2 De temps en temps 3 Jamais

TRAVAIL ET RECONNAISSANCE DU HANDICAP

11. **TRAVAILLEZ-VOUS ACTUELLEMENT ?** 1 Oui 2 Non

12. **SI OUI, PRÉCISEZ S'IL S'AGIT :** 1 D'un temps plein 2 D'un temps partiel

13. SI TEMPS PARTIEL, PRÉCISEZ À QUEL TAUX (50%, 80%, etc.) : %

14. SI VOUS TRAVAILLEZ ACTUELLEMENT (temps plein ou temps partiel), PRÉCISEZ SI C'EST :

- 1 En milieu de travail ordinaire
 2 En entreprise de travail adapté
 3 En ESAT (Etablissement et Service d'Aide par le Travail)
 4 À domicile

15. SI SANS EMPLOI, PRÉCISEZ SI VOUS ÊTES :

- 1 Demandeur d'emploi inscrit à Pôle Emploi
 2 Demandeur d'emploi non inscrit à Pôle Emploi
 3 Autre, précisez :

16. ÊTES-VOUS TITULAIRE D'UNE RTH (Reconnaissance de Travailleur Handicapé) ?

- Oui Non

17. SI VOUS NE TRAVAILLEZ PAS ACTUELLEMENT, AVEZ-VOUS DÉJÀ TRAVAILLÉ ?

- Oui Non

18. SI OUI, PRÉCISEZ L'ANNÉE DE FIN DU DERNIER EMPLOI :

19. ÊTES-VOUS BÉNÉFICIAIRE DE :

- | | Oui | Non | Ne sait pas |
|---|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| A. La PCH (Prestation de Compensation du Handicap) ? | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 |
| B. L'ACTP (Allocation Compensatrice pour Tierce Personne) ? | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 |
| C. L'AAH (Allocation aux Adultes Handicapés) ? | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 |

ÉPILEPSIE

20. SI VOUS ÊTES APTE AU TRAVAIL, VOTRE ÉPILEPSIE VOUS POSE-T-ELLE DES DIFFICULTÉS DANS VOTRE TRAVAIL OU POUR TROUVER UN TRAVAIL ?

- 1 Oui, souvent 2 De temps en temps 3 Jamais 4 Ne s'applique pas

21. VOTRE ÉPILEPSIE VOUS POSE-T-ELLE DES DIFFICULTÉS DANS LES TÂCHES DE LA VIE QUOTIDIENNE (préparation de repas, courses, ménage, toilette, etc.) ?

- 1 Oui, souvent 2 De temps en temps 3 Jamais

22. RENCONTREZ-VOUS DES DIFFICULTÉS :

- | | Oui, souvent | Parfois | Jamais |
|--|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| A. Dans la prise de médicaments à heures régulières ? | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 |
| B. Dans vos déplacements ? | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 |
| C. Pour organiser vos loisirs ? | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 |
| D. Pour effectuer des démarches administratives ? | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 |
| E. Pour gérer votre budget ? | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 |
| F. D'ordre psychologique (déprime, anxiété, agressivité, etc.) ? | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 |

23. AUTRES DIFFICULTÉS RENCONTRÉES, PRÉCISEZ :

Ici (ou développez page 4)

.....

VOS SOUHAITS

24. PARMIS LES PROPOSITIONS SUIVANTES, QUELLES SONT CELLES QUI POURRAIENT VOUS INTÉRESSER À L'AVENIR ?

	Oui	Non	Peut-être
A. Un appartement individuel dans une résidence avec une présence permanente de professionnels, pour assurer votre sécurité et vous soutenir dans diverses tâches, selon vos souhaits	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
B. Une aide à domicile pour vous aider au quotidien (préparation de repas, courses, ménage, toilette, etc.)	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
C. Un soutien dans la prise de traitement	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
D. Un soutien dans les démarches d'insertion professionnelle (recherche d'emploi, de stage, de formation, etc.)	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
E. Un soutien dans vos déplacements	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
F. Un soutien dans la vie sociale (organisation de loisirs, démarches administratives, gestion de budget ou autres)	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
G. Un soutien psychologique :			
a. dans un groupe de paroles	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
b. dans une relation individuelle avec un psychologue	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3

QUESTION COMPLÉMENTAIRE (FACULTATIVE)

25. SERIEZ-VOUS D'ACCORD POUR APPROFONDIR CES QUESTIONS AU COURS D'UN ENTRETIEN PERSONNALISÉ ?

1 Oui 2 Non

26. SI OUI, MERCI D'INDIQUER VOS COORDONNÉES CI-DESSOUS :

NOM :

ADRESSE :

.....

.....

TEL. :

MAIL :@

