

(*) **NOM** : _____ **Prénom** : _____ (*) **facultatifs**

Secteur : Marseille : Nord / Sud Saint-Victoret : Avignon : Salin de Giraud : P.L. :

Madame,
Monsieur,

Suivant la Charte Nationale de Qualité des Services à la Personne, **TENDRE UNE MAIN** s'est engagée dans une démarche qualité pour satisfaire au mieux les attentes de ses bénéficiaires.

Dans ce cadre, nous vous remercions de bien vouloir répondre à l'enquête ci-dessous pour connaître vos impressions. Vos réponses nous seront précieuses afin de vous offrir un service plus performant répondant mieux à vos attentes.

Merci de bien vouloir compléter et nous retourner le questionnaire ci-dessous, si possible d'ici au **15 novembre prochain** (par courrier, ou scanné par e-mail à : contact@tendreunemain.com).

Vous remerciant par avance pour votre participation,
bien cordialement à vous.

La Direction
Delphine MIMOUNI & Philippe BENJAMIN

Enquête de satisfaction

Accueil

1 - Accueil physique et téléphonique :

Selon vous, l'accueil téléphonique est :	Très satisfaisant :	<input type="checkbox"/>	Satisfaisant :	<input type="checkbox"/>
	Peu satisfaisant :	<input type="checkbox"/>	Non satisfaisant :	<input type="checkbox"/>
La fréquence des contacts:	Très satisfaisant :	<input type="checkbox"/>	Satisfaisant :	<input type="checkbox"/>
	Peu satisfaisant :	<input type="checkbox"/>	Non satisfaisant :	<input type="checkbox"/>
La transmission des messages:	Très satisfaisant :	<input type="checkbox"/>	Satisfaisant :	<input type="checkbox"/>
	Peu satisfaisant :	<input type="checkbox"/>	Non satisfaisant :	<input type="checkbox"/>
La disponibilité du service prestataire:	Très satisfaisant :	<input type="checkbox"/>	Satisfaisant :	<input type="checkbox"/>
	Peu satisfaisant :	<input type="checkbox"/>	Non satisfaisant :	<input type="checkbox"/>
La disponibilité du service facturation :	Très satisfaisant :	<input type="checkbox"/>	Satisfaisant :	<input type="checkbox"/>
	Peu satisfaisant :	<input type="checkbox"/>	Non satisfaisant :	<input type="checkbox"/>
Le traitement des réclamations:	Très satisfaisant :	<input type="checkbox"/>	Satisfaisant :	<input type="checkbox"/>
	Peu satisfaisant :	<input type="checkbox"/>	Non satisfaisant :	<input type="checkbox"/>

2 – Que pensez-vous des informations qui vous ont été données :

2/5 ↩

Le/la responsable de secteur ou sa coordinatrice vous-ont-t-ils remis :

Le livret d'accueil :	Oui :	<input type="checkbox"/>	Non :	<input type="checkbox"/>
-----------------------	-------	--------------------------	-------	--------------------------

La charte des droits et des libertés de la personne aidée :	Oui :	<input type="checkbox"/>	Non :	<input type="checkbox"/>
---	-------	--------------------------	-------	--------------------------

Le règlement de fonctionnement :	Oui :	<input type="checkbox"/>	Non :	<input type="checkbox"/>
----------------------------------	-------	--------------------------	-------	--------------------------

Le devis :	Oui :	<input type="checkbox"/>	Non :	<input type="checkbox"/>
------------	-------	--------------------------	-------	--------------------------

Le contrat de prestation :	Oui :	<input type="checkbox"/>	Non :	<input type="checkbox"/>
----------------------------	-------	--------------------------	-------	--------------------------

Les informations contenues dans ces documents vous ont-elles parues claires ? :	Oui :	<input type="checkbox"/>	Non :	<input type="checkbox"/>
---	-------	--------------------------	-------	--------------------------

La qualité des informations contenues dans ces documents vous a-t-elle paru...	Très satisfaisante :	<input type="checkbox"/>	Satisfaisante :	<input type="checkbox"/>
	Peu satisfaisante :	<input type="checkbox"/>	Non satisfaisante :	<input type="checkbox"/>

Le/la responsable de secteur ou sa coordinatrice vous-ont-t-ils présenté les possibilités d'aides au financement de l'aide à domicile adaptées à votre situation, la défiscalisation ? :

Conseil départemental, APA :	Oui :	<input type="checkbox"/>	Non :	<input type="checkbox"/>
------------------------------	-------	--------------------------	-------	--------------------------

Caisses de retraite :	Oui :	<input type="checkbox"/>	Non :	<input type="checkbox"/>
-----------------------	-------	--------------------------	-------	--------------------------

Participation intégrale :	Oui :	<input type="checkbox"/>	Non :	<input type="checkbox"/>
---------------------------	-------	--------------------------	-------	--------------------------

Défiscalisation :	Oui :	<input type="checkbox"/>	Non :	<input type="checkbox"/>
-------------------	-------	--------------------------	-------	--------------------------

3 – Suivi / contrôle

Depuis le début de nos interventions, avez-vous reçu un appel de nos services ?	Oui :	<input type="checkbox"/>	Non :	<input type="checkbox"/>
---	-------	--------------------------	-------	--------------------------

Depuis le début de nos interventions, avez-vous reçu une visite du responsable de secteur ou de sa coordinatrice ?	Oui :	<input type="checkbox"/>	Non :	<input type="checkbox"/>
--	-------	--------------------------	-------	--------------------------

Avez-vous eu au moins une visite de contrôle dans l'année écoulée ?	Oui :	<input type="checkbox"/>	Non :	<input type="checkbox"/>
---	-------	--------------------------	-------	--------------------------

Vous pouvez laisser un commentaire :

.....

.....

.....

.....

Service prestataire

II – Que pensez-vous du service apporté par le service prestataire sur les points suivants :

3/5 ↩

Adaptation à vos besoins :	Très satisfaisant :	<input type="checkbox"/>	Satisfaisant :	<input type="checkbox"/>
	Peu satisfaisant :	<input type="checkbox"/>	Non satisfaisant :	<input type="checkbox"/>

Service conforme aux engagements initiaux :	Oui :	<input type="checkbox"/>	Non :	<input type="checkbox"/>
---	-------	--------------------------	-------	--------------------------

Etes-vous satisfait(e) de la continuité des interventions en cas de maladie de l'intervenant(e) ? :	Très satisfaisant :	<input type="checkbox"/>	Satisfaisant :	<input type="checkbox"/>
	Peu satisfaisant :	<input type="checkbox"/>	Non satisfaisant :	<input type="checkbox"/>

Continuité des interventions en période de congés de l'intervenant :	Très satisfaisant :	<input type="checkbox"/>	Satisfaisant :	<input type="checkbox"/>
	Peu satisfaisant :	<input type="checkbox"/>	Non satisfaisant :	<input type="checkbox"/>

Etes-vous satisfait(e) de la continuité des interventions en cas de maladie de l'intervenant(e) ? :	Très satisfaisant :	<input type="checkbox"/>	Satisfaisant :	<input type="checkbox"/>
	Peu satisfaisant :	<input type="checkbox"/>	Non satisfaisant :	<input type="checkbox"/>
	Non concerné :	<input type="checkbox"/>		

Continuité des interventions en période de congés de l'intervenante :	Très satisfaisant :	<input type="checkbox"/>	Satisfaisant :	<input type="checkbox"/>
	Peu satisfaisant :	<input type="checkbox"/>	Non satisfaisant :	<input type="checkbox"/>
	Non concerné :	<input type="checkbox"/>		

Vous pouvez laisser un commentaire :

.....

.....

.....

Prestation

III – Quelle appréciation portez-vous sur votre intervenant(e):

Il/elle respecte votre intimité :	Oui :	<input type="checkbox"/>	Non :	<input type="checkbox"/>
-----------------------------------	-------	--------------------------	-------	--------------------------

Il/elle respecte votre environnement :	Oui :	<input type="checkbox"/>	Non :	<input type="checkbox"/>
--	-------	--------------------------	-------	--------------------------

Il/elle est disponible :	Oui :	<input type="checkbox"/>	Non :	<input type="checkbox"/>
--------------------------	-------	--------------------------	-------	--------------------------

Il/elle est ponctuel(le) :	Oui :	<input type="checkbox"/>	Non :	<input type="checkbox"/>
----------------------------	-------	--------------------------	-------	--------------------------

Il/elle respecte la durée d'intervention prévue :	Oui :	<input type="checkbox"/>	Non :	<input type="checkbox"/>
---	-------	--------------------------	-------	--------------------------

Il/elle est aimable :	Oui :	<input type="checkbox"/>	Non :	<input type="checkbox"/>
-----------------------	-------	--------------------------	-------	--------------------------

Il/elle utilise correctement les produits ménagers :	Oui :	<input type="checkbox"/>	Non :	<input type="checkbox"/>
--	-------	--------------------------	-------	--------------------------

Avez-vous confiance en l'intervenant(e) :	Oui :	<input type="checkbox"/>	Non :	<input type="checkbox"/>
---	-------	--------------------------	-------	--------------------------

La présence de l'intervenant(e) a un effet sécurisant :	Oui :	<input type="checkbox"/>	Non :	<input type="checkbox"/>
---	-------	--------------------------	-------	--------------------------

Comment qualifieriez-vous son travail ? :	Très satisfaisant :	<input type="checkbox"/>	Satisfaisant :	<input type="checkbox"/>
	Peu satisfaisant :	<input type="checkbox"/>	Non satisfaisant :	<input type="checkbox"/>
Comment qualifieriez-vous la coordination du service avec vos autres intervenants (médecin, infirmière...), famille :	Très satisfaisant :	<input type="checkbox"/>	Satisfaisant :	<input type="checkbox"/>
	Peu satisfaisant :	<input type="checkbox"/>	Non satisfaisant :	<input type="checkbox"/>

Vous pouvez laisser un commentaire :

.....

.....

.....

.....

Avis général

Connaissez-vous le nom ou le prénom du (de la) responsable de votre secteur ? :	Oui :	<input type="checkbox"/>	Non :	<input type="checkbox"/>
Connaissez-vous le nom ou le prénom de votre intervenant(e) ? :	Oui :	<input type="checkbox"/>	Non :	<input type="checkbox"/>
Connaissez-vous le nom de le/la remplaçant(e) éventuelle ? :	Oui :	<input type="checkbox"/>	Non :	<input type="checkbox"/>
Lorsque plusieurs intervenants viennent à votre domicile, diriez-vous que l'articulation entre eux est bonne ? :	Oui :	<input type="checkbox"/>	Non :	<input type="checkbox"/>

Vous pouvez laisser un commentaire :

.....

.....

.....

Améliorations prioritaires à apporter :

.....

.....

.....

Comment avez-vous connu **TENDRE UNE MAIN** ? Site internet Mairie – CCAS

Connaissances Assistante sociale Autre :

Recommanderiez-vous **TENDRE UNE MAIN** à votre entourage ? Oui Non

Nous vous remercions d'avoir répondu à ce questionnaire,
et contribué à l'amélioration de votre accompagnement et de la qualité de notre service.

Région Marseille : 10 boulevard Ralli – 13008 Marseille - Tél. 04 91 80 20 34 – Fax 09 70 62 54 70

Mail : contact@tendreunemain.com - web : www.tendre1main.com

Agrément (qualité): SAP540008877 - Siret : 540 008 877 00024 APE : 8810A

Par ailleurs, si vous avez prévu de vous absenter dans les semaines qui viennent,
merci de bien vouloir nous préciser vos dates ci-dessous

CONGES HIVER 2018

Je soussigné(e) NOM : _____ Prénom : _____

serai absent(e) du _____ au _____ inclus.

Je vous remercie par conséquent d'annuler les interventions
prévues durant cette période.

Signature :