

Nous nous concernons de vos avis ! S'il vous plait, prendre quelques minutes pour partager vos avis honnêtes avec nous. Vos réponses seront utilisées d'augmenter les services et les produits qu'on offre. Prendre ce sondage est optionnelle et ne va pas impacter ta capacité de recevoir les couches. Nous garderons vos réponses prive et anonyme. Questions ? Contacter le (202)656-8503 ou data@dcdiaperbank.org. Merci de votre participation !

(1) **Combien d'enfants portent les couches dans votre ménage (maison) ?** (S.v.p. encerclez une seule réponse)

1 2 3 4 Autre _____

(2) **Ça fait depuis quand que vous recevez les couches de ce Little Lights Urban Ministries?** (S.v.p. cocher une seule réponse)

C'est ma première fois Moins d'un an 1 – 2 ans Plus de 2 ans

(3) **Combien de fois recevez-vous les couches de ce Little Lights Urban Ministries?** (S.v.p. encerclez une seule réponse)

Plus d'une fois par mois Une fois par mois De temps en temps Une fois par an

(4) **En pensant à l'année dernière, combien de fois avez-vous vécu de situations suivantes ?**

Toujours Souvent De temps en temps Rarement Jamais

a. Votre enfant/vos enfants n'est pas/ne sont pas allé(s) à la crèche ou à l'école à cause de manque de couches.

b. Vous ou quelqu'un d'autre dans votre ménage avez raté le travail ou l'école parce que vous n'aviez pas de couches.

c. Vous étiez inquiet du prix des couches.

d. Vous sentez que vous n'aviez pas assez de couches pour changer les enfants si fréquemment qu'il faudrait.

(5) **Combien de fois êtes-vous confronté à ces obstacles lors de l'achat de couches ?**

Toujours Souvent De temps en temps Rarement Jamais

a. Le prix des couches

b. La distance de la boutique plus proche pour acheter les couches

c. Manque de transport

d. Du temps pour faire du shopping

e. Manque d'aide pour l'achat de couches

f. Les problèmes de santé

g. Les problèmes de sécurité

h. Pas mentionné : _____

(6) **Aviez-vous fait un choix entre acheter les couches et acheter....** (S.v.p. cocher toutes les réponses possibles)

- La nourriture Services électriques Paiements de voiture Les comprimés ou la santé
- Le loyer/La maison Les habits Le transport (le carburant, le bus/méto, etc.) Les choses de toilette (le papier hygiénique, le savon, la pâte dentifrice, etc.)
- Autre chose : _____

Pour les prochaines questions, s.v.p. indiquez votre degré d'accord ou de désaccord. Choisissez une seule réponse par question :

(7) **Recevoir des couches pour mes enfant(s) me permettrait de :**

Très d'accord D'accord Ni accord ou désaccord Désaccord Fortement en désaccord

a. Amener mon enfant à la crèche

b. Payer mes factures

c. Aller au travail

d. Garder de l'argent

e. Aller à l'école ou l'entraînement du travail

f. Chercher le boulot

(8) Recevoir des couches pour mes enfant(s) m'a aidé à :

	Très d'accord	D'accord	Ni accord ou désaccord	Désaccord	Fortement en désaccord
a. Me considérer comme parent responsable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Réduire mon stress	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Se sentir moins frustré	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Sentir que la communauté s'intéresse au bien de ma famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Changer les couches de mon enfant si régulièrement que je peux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(9) Recevoir des couches a aidé mon enfant à :

	Très d'accord	D'accord	Ni accord ou désaccord	Désaccord	Fortement en désaccord
a. Avoir moins d'irritations fessier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Pleurer moins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Être plus content	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Mieux dormir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(10) Depuis que vous avez commencé de recevoir des couches et des autres produits, est-il probable de... ?

	Moins probable	Probablement	Un peu plus probable	Certainement plus probable
a. Commencer une conversation concernant autres besoins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Maintenir et venir aux rendez-vous planifiés avec Little Lights	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Demander l'aide pour d'autres besoins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Communiquer avec Little Lights avant vos rendez-vous	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. S'inscrire à d'autres programmes offerts par Little Lights	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Chercher autres services offerts par Little Lights	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(11) Quelles autres services recevez-vous de Little Lights? (S.v.p. cocher toutes les réponses possibles)

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Rien, seulement des couches | <input type="checkbox"/> Docteur visite bébé | <input type="checkbox"/> Rendez-vous avec le travailleur social |
| <input type="checkbox"/> L'aide légal | <input type="checkbox"/> Cours de parentage | <input type="checkbox"/> Conseil de logement/ Aide à trouver une maison |
| <input type="checkbox"/> Les visites de maison | <input type="checkbox"/> GED / Cours de langue | <input type="checkbox"/> Visite médicale postnatale |
| <input type="checkbox"/> La nourriture | <input type="checkbox"/> Groupe de « Centering Pregnancy » | <input type="checkbox"/> Groupe de « Centering Parenting » |
| <input type="checkbox"/> Autre chose : _____ | | <input type="checkbox"/> La garderie |

(12) En plus de vous et vos enfants portant les couches, quels autres groupes d'âges vit dans votre ménage ?

- | | | | |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Enfants (moins de 13 ans) | <input type="checkbox"/> Adolescents (âges 13-18) | <input type="checkbox"/> Adultes (âges 19-64) | <input type="checkbox"/> Adultes plus âgées (âges 65+) |
|--|---|---|--|

(13) Quels sont autres besoins ménagers pour lesquels vous n'avez pas d'argent pour en acheter ? (S.v.p. cocher toutes les réponses possibles)

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Serviettes féminines/Tampons | <input type="checkbox"/> Le lait pour nourrisson | <input type="checkbox"/> Les lingettes pour bébé |
| <input type="checkbox"/> La nourriture de bébé | <input type="checkbox"/> Les couches des adultes | <input type="checkbox"/> Fournitures hygiéniques des adultes (Le savon, le déodorant, la pâte dentifrice, etc.) |
| <input type="checkbox"/> Les bouteilles | <input type="checkbox"/> Fournitures allaiter | <input type="checkbox"/> Fournitures hygiéniques des enfants (Le savon, la lotion, la crème d'érythème fessier, etc.) |
| <input type="checkbox"/> Les pull ups | <input type="checkbox"/> La poussette | <input type="checkbox"/> Le lit de bébé « Pack n Play » |
| <input type="checkbox"/> Les livres | <input type="checkbox"/> Fournitures scolaires | <input type="checkbox"/> Les jouets |
| <input type="checkbox"/> Siège sécuritaire des enfants | <input type="checkbox"/> Autre chose : _____ | |

(14) Quel est votre âge ? (S.v.p. cocher une seule réponse)

- | | | | |
|--|------------------------------------|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Moins de 18 ans | <input type="checkbox"/> 18-24 ans | <input type="checkbox"/> 25-34 ans | <input type="checkbox"/> 35-44 ans |
| <input type="checkbox"/> 45-54 ans | <input type="checkbox"/> 55-64 ans | <input type="checkbox"/> 65-74 ans | <input type="checkbox"/> 75 ans ou plus |

(15) Quelle est votre relation avec l'enfant(s) pour qui vous recevez les couches aujourd'hui ? (S.v.p. cocher une seule réponse)

- | | | | |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> La maman | <input type="checkbox"/> Le papa | <input type="checkbox"/> La grand-mère | <input type="checkbox"/> Le grand-père |
| <input type="checkbox"/> Le tuteur légal | <input type="checkbox"/> Le parent nourricier | <input type="checkbox"/> Autre : _____ | |

(16) Quel est votre code postal ? _____

(17) Quelle est votre race ? (S.v.p. cocher une seule réponse)

- | | | |
|--|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Indien d'Amérique ou originaire de l'Alaska | <input type="checkbox"/> Noir ou afro-américain | <input type="checkbox"/> Blanc(he) |
| <input type="checkbox"/> Asiatique | <input type="checkbox"/> Latino | Other: _____ |

(18) Complétez la phrase suivante : Les couches représentent _____ pour moi.

(19) Avez-vous d'autres questions ou commentaire pour nous ? _____

Merci beaucoup!