



Centre Social et d'Insertion



LE QUESNOY
VILLE FORTE

VOTRE VILLE PREND SOIN DE VOUS

LA MAIRIE VEUT MIEUX VOUS CONNAÎTRE

VOUS ET VOTRE FAMILLE p.3

VIE QUOTIDIENNE p.4-6

LES MODES DE GARDE p.7

LA MOBILITÉ p.8-9

LA SANTE p.10

LE LOGEMENT p.11-12

VOTRE SITUATION PROFESSIONNELLE p.13-14

Merci de retourner ce questionnaire avant le :

Soit par mail
centre.social@lequesnoy.fr

Soit au
CENTRE SOCIAL ET D'INSERTION,
situé au **Centre Lowendal, Rue Juhel, 59530 Le Quesnoy**

VOUS ET VOTRE FAMILLE

1. Vous êtes ? Un homme Une femme

2. Quel est votre âge ?

- de 18 ans
50 - 60 ans

18 - 24 ans
+ de 60 ans

25 - 50 ans

3. Situation familiale :

Célibataire
Veuf(ve)

Marié(e)
Pacsé(e)

Divorcé(e)
En concubinage

4. Composition familiale :

Seul(e)
En couple avec enfants
Chez vos parents

Seul(e) avec des enfants
En couple sans enfants
Autre (précisez)

5. Est-ce que d'autres personnes (en dehors de vos enfants à charge et de votre conjoint) vivent avec vous ?

Oui

Non

Si oui, précisez (frère, sœur, parents âgés, personne en situation de handicap...)

6. Nombre total de personnes vivant au foyer ?

7. Si vous avez des enfants à charge, combien en avez-vous, quel âge ont-ils et quelle est leur situation actuelle ?

	Nombre d'enfants	Situation (école maternelle, école primaire, collège, lycée, études supérieures, non scolarisé ou travailleur)
- de 3 ans		
Entre 4 et 10 ans		
Entre 11 ans et 17 ans		
+ de 18 ans		

VIE QUOTIDIENNE

8. Connaissez-vous ces divers professionnels qui interviennent au sein de la commune ?

CCAS de la mairie	oui	non
UTPAS	oui	non
CCPM	oui	non
CARSAT	oui	non
MSA	oui	non
LA CPAM	oui	non
CAF	oui	non
MUTUELLE JUST	oui	non
C.L.L.A.J. (Prim'toit)	oui	non
AGSS DE L'UDAF	oui	non
LE SECOURS CATHOLIQUE	oui	non
RESTO DU COEUR	oui	non
SAINT VINCENT DE PAUL	oui	non
RAM	oui	non
SPASAD	oui	non
CLIC	oui	non
MISSION LOCALE	oui	non
POLE EMPLOI	oui	non
PLIE	oui	non
SIGH *	oui	non
PARTENORD HABITAT*	oui	non
PROMOCIL*	oui	non
FAMILLE RURALES	oui	non
Association « LA RHONELLE »	oui	non
Centre social de Landrecies	oui	non

* Avez-vous eu recours à l'un ou à l'autre ?

Oui

Non

Pourquoi ?

9. Si vous rencontrez des difficultés êtes-vous bénéficiaires des aides ou services suivants :

Aide à domicile

Carte d'invalidité

Carte stationnement

Chèques services

Epicerie Solidaire

Chèques énergie

Navette communale

Cours d'informatique

Autre, précisez:

10. Fréquentez-vous ces différents lieux ?

Le théâtre

Le Centre Lowendal

La base de loisirs

La maison Quercitaine de Nouvelle-Zélande

La bibliothèque

La Mairie

La ferme pédagogique

Le Centre Social et d'insertion

Autres :

11. Si oui, comment êtes-vous informé des actualités de ces lieux ?

Réseaux sociaux

Médias

Flyers

Bouche à oreilles

Autres :

11 BIS. Comment êtes-vous informé de l'actualité du Théâtre des 3 Chênes ?

Réseaux sociaux

Médias

Flyers

Bouche à oreilles

Autres :

12. Faites-vous partie d'une association ?

Oui

Non

Si oui, dans quel domaine ?

Sportive

Caritative, sociale

Loisirs

Culturelle

Si non, pourquoi ?

Pas intéressé

Trop cher

Manque de choix

Pas le temps

Éloignement géographique

Autres :

13. Participez-vous aux évènements festifs organisés par la Ville ?

Oui

Non

Si non, pourquoi ?

14. Avez-vous un accès à internet ?

Oui

Non

15. Êtes-vous familier avec les démarches informatisées ?

Oui

Non

16. Avez-vous besoin d'un accompagnateur numérique ?

Oui

Non

Si oui, pour quels types de démarches ?

17. Quelles sont vos préoccupations actuelles ? (Plusieurs réponses disponibles)

Education des enfants Séparation

Vie de couple

Scolarité

Prise en charge de la

Autorité/Responsabilité

Emploi

dépendance Communication

Permis

avec les enfants

Aucun

Autre :

LES MODES DE GARDE

18. Avez-vous recours à un mode de garde ?

Oui

Non

19. Si oui, quel mode de garde utilisez-vous ?

Crèche

Garderie périscolaire

Réseau familial

Assistante maternelle

Emploi à domicile

Autre

20. Êtes-vous satisfait(e) de ce mode de garde ?

Oui

Non

— Si non, pourquoi ?

21. Bénéficiez-vous d'une aide financière pour payer le mode de garde ?

Oui

Non

— Si oui, laquelle ?

LA MOBILITE

22. Avez-vous le permis de conduire ?

Oui

Non

— Si non, pourquoi ?

23. Quel est votre moyen de locomotion habituel ?

Voiture

Vélo

Navette communale

Transport en commun

Covoiturage

Autre

2 roues motorisé

Marche

— Pourquoi ce mode de transport ?

24. Où est situé votre lieu de travail/activité ?

A Moins de 15 minutes

Entre 30 et 45 minutes

Entre 15 et 30 minutes

A plus d'une heure

25. Rencontrez-vous des difficultés pour vous déplacer ? Si oui, lesquelles ?

26. A combien estimez-vous le budget mensuel lié à vos déplacements ?

27. Quel type de transports souhaitez-vous voir se développer sur la commune ?

28. Avez-vous connaissance des aides à la mobilité ?

Oui

Non

29. Si vous êtes une personne âgée, connaissez-vous la navette communale ?

Oui

Non

— Si oui, comment avez-vous entendu parler de cette navette ?

— Si non, savez-vous où faut-il s'adresser pour la navette ?

30. Seriez-vous intéressé ?

Oui

Non

31. Si vous êtes une personne de plus de 60 ans, connaissez-vous la navette de la CCPM ?

Oui

Non

— Si oui, comment avez-vous entendu parler de cette navette ?

— Si non, savez-vous où faut-il s'adresser pour la navette ?

32. Comment qualifiez-vous votre état de santé ?

Insatisfaisant
Satisfaisant

Peu satisfaisant
Très satisfaisant

33. Quelle est votre couverture sociale ?

CPAM

MSA

Autre

34. Avez-vous une couverture complémentaire santé ?

Oui

Non

Si oui, laquelle ?

Mutuelle santé
CSS avec participation

CSS
Autre

35. Rencontrez-vous des difficultés pour vous rendre dans certains centres de soins ou à vos rendez-vous médicaux ?

Oui

Non

Si oui, pourquoi ?

Distance
Absence de moyen de transport

Coût
Difficultés à vous déplacer

Autres

LE LOGEMENT

36. Dans quel quartier de la ville habitez-vous ?

37. Dans quel type de logement habitez-vous ?

Une maison

Un appartement

Une chambre meublée

Autre (précisez)

38. Vous sentez-vous bien dans votre logement ?

Oui

Non

39. Êtes-vous ?

Locataire logement privé

Locataire logement social

Propriétaire

Autre (précisez)

40. Êtes-vous satisfait(e) de votre situation par rapport à votre logement ?

Oui

Non

Si non, pourquoi ?

41. Rencontrez-vous des problèmes avec votre logement ?

Oui

Non

42. Si oui, lesquels ?

Difficulté à payer (loyer, charge) **ou remboursement du prêt** (locataire/propriétaire)

Problème d'APL (locataire)

Taille et logement inadapté (locataire/propriétaire)

Logement PMR (locataire/propriétaire)

Isolation phonique et thermique (locataire/propriétaire)

Autre :

43. Avez-vous fait des démarches pour changer de logement ?

Oui

Non

Si non, pourquoi ?

44. Si vous êtes locataire, savez-vous où s'adresser pour une demande de logement social ?

Oui

Non

Si oui, auprès de qui vous adressez-vous ?

45. Avez-vous besoin d'un accompagnateur administratif ou financier ?

Oui

Non

VOTRE SITUATION PROFESSIONNELLE

46. Dans quelle catégorie professionnelle êtes-vous ?

Agriculteur, artisan, commerçant, chef d'entreprise

Cadre et profession intellectuelle supérieur

Employé

Ouvrier

Retraité

Père ou mère au foyer

Lycéen(e)/étudiant(e)

Sans activité professionnelle

Autre :

47. Si vous exercez une activité professionnelle, quelle est la nature de votre contrat de travail ?

CDI à temps plein

CDI à temps partiel

CCD à temps plein

CDD à temps partiel

Emploi aidé

Intérim

CDDI (chantier d'insertion)

Autre :

48. Êtes-vous bénéficiaire de :

AAH

Pension invalidité

RSA

Prime d'activité

ARE

ASS

Retraite

Autre :

49. Êtes-vous actuellement à la recherche d'un emploi ?

Oui

Non

50. Si oui, depuis combien de temps êtes-vous à la recherche d'un emploi ?

Moins de 6 mois

Entre 6 mois et 1 an

Depuis plus d'un an

51. Quelle démarche faites-vous pour trouver un emploi ?

Internet

Intérim

Suivi pôle emploi

Suivi mission locale

Autre :

52. Vos avis/remarques/besoins sur les différents sujets :

53. Vous pouvez nous laisser ci-dessous vos coordonnées (mail, téléphone) afin que nous puissions vous recontacter si toutefois vous aviez des demandes particulières.

Nom :

Prénom :

Numéro de téléphone :

Mail :

