

Population and Public Health Individual and Family Client Feedback Form (Families First)

Please share your experiences with Families First services in Winnipeg. Your feedback will be used to improve Families First services and programs. Your feedback is anonymous.

<https://forms.office.com/r/i2sDbipxKS>



- Date of Service: _____
- Are any of the following getting in the way of your visits? (*choose all that apply)
 - Family illness Other appointments Visit times do not work for me Do not want people in my home
 - Do not have internet for virtual visits Do not have minutes for phone visits Do not have device for virtual visits
- How long have you been receiving Families First services? less than 6 months more than 6 months but less than 1 year more than 1 year but less than 2 years more than 2 years

4. For each item below, please check the box that best describes your most recent experience.	Strongly Agree	Agree	Disagree	Strongly Disagree
a. I received the service or information I needed.				
b. The information I received was clear and easy to understand.				
c. I received useful information.				
d. Staff understood my family's needs.				
e. Staff were polite and respectful.				
f. I felt respected in making my own choices and decisions.				
g. Staff told me about helpful services and resources available in my community.				
h. I received information that helped me build on my parenting skills.				
i. I received information that helped me understand how children grow & develop.				
j. I felt supported to set goals that were important to me.				
k. I would recommend this service to others.				

- Talking about mental health, grief, abuse, or substance use can be hard. Did you feel you could talk openly?
 Yes No Not applicable
- Have you felt unfairly treated by public health staff because of your race or cultural background?
 Yes No
- Overall**, how satisfied were you with the services or information you received?
 Very Satisfied Satisfied Dissatisfied Very dissatisfied
- In which community / community area do you live? St. James - Assiniboia Assiniboine South Inkster
 Downtown East Downtown West Point Douglas Seven Oaks Saint-Boniface Saint-Vital
 Fort Garry River Heights River East Transcona Other: _____
- What is your age? <15 15-19 20-24 25-29 30-39 40+ Prefer not to answer
- What is your gender? Male Female Prefer not to answer Prefer to self-describe as _____

Thank you for sharing your experience in receiving Public Health Services.

If you would like to speak with someone about your experience, please contact WRHA Client Relations at 204-926-7825 or email ClientRelations@wrha.mb.ca or Indigenous Health Program at 204-940-8880, Toll Free 1-877-940-8880 or email: connectme@wrha.mb.ca

Veillez nous faire part de vos expériences des services du programme Les familles d'abord de Winnipeg. Vos réponses serviront à améliorer les programmes et services offerts par Les familles d'abord. Vos commentaires resteront anonymes.

<https://forms.office.com/r/i2sDbipxKS>



1. Date de service: _____
2. Arrive-t-il que quelque chose empêche vos visites? (*Cochez toutes les réponses qui s'appliquent)

<input type="checkbox"/> Membre de la famille malade	<input type="checkbox"/> Autres rendez-vous	<input type="checkbox"/> Les heures des visites ne sont pas un bon moment pour moi
<input type="checkbox"/> Je ne veux pas de gens chez moi durant	<input type="checkbox"/> Je n'ai pas l'Internet pour les visites virtuelles	
<input type="checkbox"/> Je n'ai pas de minutes pour les appels téléphoniques	<input type="checkbox"/> Je n'ai pas de dispositifs pour les visites virtuelles	
3. Depuis combien de temps recevez-vous les services du programme Les familles d'abord?

<input type="checkbox"/> Plus de 6 mois mais moins de 1 an	<input type="checkbox"/> Plus de 1 an mais moins de 2 ans	<input type="checkbox"/> Moins de 6 mois	<input type="checkbox"/> Plus de 2 ans
--	---	--	--

4. Pour chaque énoncé ci-dessous, veuillez cocher la case qui décrit le mieux votre expérience la plus récente.	Tout à fait d'accord	D'accord	En désaccord	Tout à fait en
a. J'ai reçu le service ou l'information dont j'avais besoin.				
b. L'information que j'ai reçu(e) était claire et facile à comprendre.				
c. J'ai reçu de l'information utile.				
d. Le personnel a compris les besoins de ma famille.				
e. Le personnel était poli et respectueux.				
f. On m'a laissé prendre mes propres décisions et faire mes choix.				
g. Le personnel m'a informé des services et des ressources utiles qui sont disponibles dans ma communauté.				
h. J'ai reçu de l'information qui m'a aidé à améliorer mes pratiques parentales.				
i. J'ai reçu de l'information qui m'a aidé à comprendre comment mes enfants grandissent et se développent.				
j. On m'a offert du soutien pour fixer des objectifs qui sont importants pour moi.				
k. Je recommanderais ce service à d'autres personnes.				

5. Parler des troubles de santé mentale, du deuil, des expériences d'abus et de la toxicomanie peut être difficile. Vous êtes-vous senti(e) à l'aise d'en discuter?
 Oui Non Sans objet
6. Vous êtes-vous senti(e) injustement traité(e) par le personnel de la santé publique en raison de votre race ou de votre origine culturelle?
 Oui Non
7. **Dans l'ensemble**, dans quelle mesure êtes-vous satisfait(e) de l'information ou des services que vous avez reçus?
 Très satisfait(e) Satisfait(e) Insatisfait(e) Très insatisfait(e)
8. Dans quelle communauté/région communautaire vivez-vous?

<input type="checkbox"/> St. James-Assiniboia	<input type="checkbox"/> Assiniboine Sud	<input type="checkbox"/> Inkster
<input type="checkbox"/> Centre-ville ouest	<input type="checkbox"/> Centre-ville est	<input type="checkbox"/> Point Douglas
<input type="checkbox"/> Seven Oaks	<input type="checkbox"/> Saint-Boniface	<input type="checkbox"/> Saint-Vital
<input type="checkbox"/> Fort Garry	<input type="checkbox"/> River Heights	<input type="checkbox"/> River East
<input type="checkbox"/> Transcona	<input type="checkbox"/> Autre : _____	
9. Quel âge avez-vous?

<input type="checkbox"/> <15 ans	<input type="checkbox"/> 20-24 ans	<input type="checkbox"/> 30-39 ans
<input type="checkbox"/> 15-19 ans	<input type="checkbox"/> 25-29 ans	<input type="checkbox"/> Plus de 40 ans
<input type="checkbox"/> Je préfère ne pas répondre		
10. Quel est votre sexe?

<input type="checkbox"/> Homme	<input type="checkbox"/> Femme	<input type="checkbox"/> Je préfère ne pas répondre
<input type="checkbox"/> Je préfère me décrire comme _____		

Merci de nous avoir fait part de votre expérience auprès des Services de santé publique.

Si vous souhaitez parler à quelqu'un au sujet de votre expérience, veuillez communiquer avec le service à la clientèle de l'ORSW au 204 926-7825, ou par courriel à l'adresse ClientRelations@wrha.mb.ca ou contactez le Programme de santé autochtone au 204-940-8880, numéro sans frais: 1 877 940-8880 ou par courriel à l'adresse connectme@wrha.mb.ca