

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/MbbTdmVUtm?origin=lprLink>



1. How did you receive our services this past year? (*choose all that apply)
 Outdoor In Home In Office Virtually
2. Which of these services would you like to see continue? (*choose all that apply)
 Outdoor In Home Over the phone Virtual
 Why or why not? _____
3. 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 during COVID
 Do not have internet for virtual visits Do not have minutes for phone visits Do not have device for virtual visits
4. 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

5. 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.				

6. Talking about mental health, grief, abuse, or substance use can be hard. Did you feel you could talk openly?
 Yes No Not applicable
7. Have you felt unfairly treated by public health staff because of your race or cultural background?
 Yes No
8. **Overall**, how satisfied were you with the services or information you received?
 Very Satisfied Satisfied Dissatisfied Very dissatisfied
9. 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: _____
10. What is your age? <15 20-24 30-39
 15-19 25-29 40+ Prefer not to answer
11. What is your gender? Male Female Prefer to self-describe as _____ Prefer not to answer

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/MbbTdmVUtm?origin=lprLink>



- Comment avez-vous reçu nos services au cours de l'année précédente? (*Cochez toutes les réponses qui s'appliquent)
 À l'extérieur À domicile Au bureau Virtuellement
- Lequel ou lesquels de ces services aimeriez-vous continuer à recevoir? (*Cochez toutes les réponses qui s'appliquent)
 À l'extérieur À domicile Par téléphone Virtuellement
 Pourquoi ou pourquoi pas? _____
- Arrive-t-il que quelque chose empêche vos visites? (*Cochez toutes les réponses qui s'appliquent)
 Membre de la famille malade Autres rendez-vous Les heures des visites ne sont pas un bon moment pour moi
 Je ne veux pas de gens chez moi durant la COVID Je n'ai pas l'Internet pour les visites virtuelles
 Je n'ai pas de minutes pour les appels téléphoniques Je n'ai pas de dispositifs pour les visites virtuelles
- Depuis combien de temps recevez-vous les services du programme Les familles d'abord? Moins de 6 mois
 Plus de 6 mois mais moins de 1 an Plus de 1 an mais moins de 2 ans Plus de 2 ans

5. 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.				

- 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
- 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
- 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)
- Dans quelle communauté/région communautaire vivez-vous? St. James-Assiniboia Assiniboine Sud Inkster
 Centre-ville oust Centre-ville est Point Douglas Seven Oaks Saint-Boniface Saint-Vital
 Fort Garry River Heights River East Transcona Autre : _____
- Quel âge avez-vous? <15 ans 20-24 ans 30-39 ans
 15-19 ans 25-29 ans Plus de 40 ans Je préfère ne pas répondre
- Quel est votre sexe? Homme Femme Je préfère me décrire comme _____
 Je préfère ne pas répondre

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