

**ENQUÊTE « SANTE-HANDICAP »**  
**AUPRÈS DES PERSONNES HÉBERGÉES EN**  
**INSTITUTION**  
**France métropolitaine**

**Questionnaire sur les données de cadrage**  
**Enquête 2009**

Ce court questionnaire porte sur quelques caractéristiques des 6 ou 8 personnes échantillonnées dans l'établissement pour répondre à l'enquête.

Une fois rempli, le questionnaire, confidentiel, doit être remis à l'enquêteur de l'Insee qui vous l'a remis.

**Cadre à remplir par l'enquêteur**

RGES	SSECH	NUMFA	CLE	LE	EC	BS	TYPECH
_	_	_ _ _	_	0	_	0	_

Nom de l'institution : .....

Catégorie de l'institution :

1.  EHPAD
2.  Maisons de retraite
3.  USLD
4.  MAS-FAM
5.  Établissements pour adultes handicapés hors MAS-FAM
6.  Établissements psychiatriques
7.  CHRS

Nom de l'enquêteur : .....

NUMENQ : |\_|\_|\_|\_|

Coordonnées de l'enquêteur : .....



NOI : 1

## Informations relatives au 1er individu échantillonné

BS : 1

### Q1. A quelle date la personne est-elle entrée dans l'établissement ?

Jour: |\_|\_| mois: |\_|\_| année: |\_|\_|\_|\_|

### Q2. Où la personne vivait-elle juste avant d'entrer dans cet établissement ? (une seule réponse, celle où la personne résidait le plus souvent en semaine)

1.  à son propre domicile
2.  au domicile d'un membre de sa famille (y compris de ses parents)
3.  dans une famille d'accueil
4.  dans un autre établissement d'hébergement collectif (y compris en moyen séjour)
5.  dans un hôpital
6.  autre
7.  ne sait pas

### Q3. Si la personne vivait dans un autre établissement d'hébergement collectif, y compris en moyen séjour (modalité 4 cochée à la question précédente), depuis quand la personne vit-elle dans un établissement d'hébergement collectif ?

année: |\_|\_|\_|\_|

### Q4. Quand la personne vivait encore à son propre domicile, était-elle

1.  en France
2.  à l'étranger
9.  ne sait pas

#### Q4a. Si elle vivait en France, dans quel département était-ce ? \_\_\_\_\_

9.  ne sait pas

#### Q4b. Si elle vivait à l'étranger, dans quel pays ? \_\_\_\_\_

9.  ne sait pas

### Les questions Q5 et Q6 ne sont à remplir que si la personne a 60 ans ou plus

#### Q5. Dans quel GIR cette personne est-elle classée ?

1.  GIR1
2.  GIR2
3.  GIR3
4.  GIR4
5.  GIR5
6.  GIR6
9.  Ne sait pas

#### Q6. La personne bénéficie-t-elle de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) ?

1. <input type="checkbox"/> Oui 2. <input type="checkbox"/> Non 9. <input type="checkbox"/> Ne sait pas	→ Cette aide est-elle versée directement à l'établissement ? 1. <input type="checkbox"/> Oui 2. <input type="checkbox"/> Non 9. <input type="checkbox"/> Ne sait pas
	→ Une demande pour bénéficier de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) a-t-elle été faite ? 1. <input type="checkbox"/> Oui 2. <input type="checkbox"/> Non 9. <input type="checkbox"/> Ne sait pas
	<u>Si oui, Quelle décision a été rendue ?</u> 1. <input type="checkbox"/> La décision n'a pas encore été rendue 2. <input type="checkbox"/> Attribution de l'allocation 9. <input type="checkbox"/> Ne sait pas

**Q7. A-t-on reconnu à la personne un taux d'invalidité ou d'incapacité ? (accordé par la sécurité sociale, les COTOREP ou CDES, l'armée, les sociétés d'assurance...)**

- 1.  Oui
- 2.  Non
- 9.  Ne sait pas

**Le tableau suivant ne doit être rempli que si la personne a un taux d'invalidité ou d'incapacité reconnu (réponse « oui » à la question précédente).**

Est ce ...	A quel taux (ou tranche) ?	Depuis quelle année ?
<p><b>... une catégorie d'invalidité déterminée par la Sécurité Sociale (1°, 2° ou 3°) ?</b></p> <p>1. <input type="checkbox"/> Oui -&gt; remplir les 2 colonnes suivantes                      2. <input type="checkbox"/> Non -&gt; passer à la ligne suivante                      9. <input type="checkbox"/> Ne sait pas</p>	<p>Taux  _ _  %</p> <p>Ou</p> <p>Entre  _ _  % et  _ _  %</p>	<p> _ _ _ _ </p>
<p><b>...un taux d'incapacité lié à un accident du travail ?</b></p> <p>1. <input type="checkbox"/> Oui -&gt; remplir les 2 colonnes suivantes                      2. <input type="checkbox"/> Non -&gt; passer à la ligne suivante                      9. <input type="checkbox"/> Ne sait pas</p>	<p>Taux  _ _  %</p> <p>Ou</p> <p>Entre  _ _  % et  _ _  %</p>	<p> _ _ _ _ </p>
<p><b>... un taux d'incapacité déterminé par une COTOREP, une CDES ou une MDPH ?</b></p> <p>1. <input type="checkbox"/> Oui -&gt; remplir les 2 colonnes suivantes                      2. <input type="checkbox"/> Non -&gt; passer à la ligne suivante                      9. <input type="checkbox"/> Ne sait pas</p>	<p>Taux  _ _  %</p> <p>Ou</p> <p>Entre  _ _  % et  _ _  %</p>	<p> _ _ _ _ </p>
<p><b>... un taux lié à une pension militaire d'invalidité?</b></p> <p>1. <input type="checkbox"/> Oui -&gt; remplir les 2 colonnes suivantes                      2. <input type="checkbox"/> Non -&gt; passer à la ligne suivante                      9. <input type="checkbox"/> Ne sait pas</p>	<p>Taux  _ _  %</p> <p>Ou</p> <p>Entre  _ _  % et  _ _  %</p>	<p> _ _ _ _ </p>
<p><b>... un taux d'incapacité permanente déterminé par une société d'assurance ?</b></p> <p>1. <input type="checkbox"/> Oui -&gt; remplir les 2 colonnes suivantes                      2. <input type="checkbox"/> Non                      9. <input type="checkbox"/> Ne sait pas</p>	<p>Taux  _ _  %</p> <p>Ou</p> <p>Entre  _ _  % et  _ _  %</p>	<p> _ _ _ _ </p>

**M1. Quel est le montant total de la participation financière à la charge de la personne ? (charge non financée par une aide départementale, la sécurité sociale ou l'aide au logement -APL ou ALS)  
Arrondir à l'euro immédiatement inférieur**

/ / / / / / / / / / euros par

1.  jour  
2.  semaine  
3.  mois

**Que comprend ce tarif ?**

	1. Oui	2. Non	9. Ne sait pas	0. Sans objet pour votre institution
<b>M2A. Tarif d'hébergement et d'entretien (y.c. chambre individuelle)</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>M2B. Tarif dépendance</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>M2C. Forfait journalier hospitalier</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>M2D. Supplément pour animations, activités, sorties particulières etc.</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>M2E. Autres suppléments ou autres types de frais</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Si oui :**  
M2F. **Précisez :** \_\_\_\_\_

**M3. Quelles sont les personnes ou les organismes qui participent au paiement de ces frais ? (plusieurs réponses possibles)**

	1. Oui	2. Non	9. Ne sait pas
<b>La personne elle-même</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Sa famille ou des proches</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Si oui :</b> M4. <b>Percevez-vous directement la participation de la famille ou des proches ?</b> 1. <input type="checkbox"/> Oui 2. <input type="checkbox"/> Non			
<b>Une mutuelle ou une assurance</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Si oui :</b> M5. <b>Percevez-vous directement la participation d'une mutuelle ou d'une assurance ?</b> 1. <input type="checkbox"/> Oui 2. <input type="checkbox"/> Non			
<b>Une autre personne ou un autre organisme</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Si oui :</b> M3A. <b>Précisez qui est cette personne ou cet organisme :</b> _____			
<b>M6. Percevez-vous directement sa participation ?</b> 1. <input type="checkbox"/> Oui 2. <input type="checkbox"/> Non			

Si votre établissement est un MAS, CHRS, établissements psychiatriques => merci de passer au questionnaire n°2.

Sinon, merci de compléter :

- l'encadré 1 si votre établissement est une EHPAD, Maison de retraite ou USLD
- l'encadré 2 si votre établissement est un établissement pour adulte handicapé (hors MAS)

<b>Encadré 1. Si votre établissement est une EHPAD, Maison de retraite, USLD :</b>				
R. La personne bénéficie-t-elle de ... ?				
	1. Oui	2. Non	9. Ne sait pas	0. sans objet pour votre institution
R1. l'aide sociale départementale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Si oui :</i> R1A. <b>Percevez-vous directement cette aide ?</b> 1. <input type="checkbox"/> Oui 2. Non <input type="checkbox"/>				
R2. l'aide personnalisée au logement (APL) ou de l'aide au logement sociale (ALS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Si oui :</i> R2A. <b>Percevez-vous directement cette aide ?</b> 1. <input type="checkbox"/> Oui 2. Non <input type="checkbox"/>				

<b>Encadré 2. Si votre établissement est un Etablissement pour adultes handicapés (hors MAS)</b>				
R. La personne bénéficie-t-elle de ... ?				
	1. Oui	2. Non	9. Ne sait pas	0. Sans objet pour votre institution
R1. l'aide sociale départementale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Si oui :</i> R1A. <b>Percevez-vous directement cette aide ?</b> 1. <input type="checkbox"/> Oui 2. Non <input type="checkbox"/>				

→ Fin du questionnaire n°1, aller au questionnaire n°2

NOI : 2

## Informations relatives au 2e individu échantillonné

BS : 2

### Q1. A quelle date la personne est-elle entrée dans l'établissement ?

Jour: |\_|\_| mois: |\_|\_| année: |\_|\_|\_|\_|

### Q2. Où la personne vivait-elle juste avant d'entrer dans cet établissement ? (une seule réponse, celle où la personne résidait le plus souvent en semaine)

1.  à son propre domicile
2.  au domicile d'un membre de sa famille (y compris de ses parents)
3.  dans une famille d'accueil
4.  dans un autre établissement d'hébergement collectif (y compris en moyen séjour)
5.  dans un hôpital
6.  autre
7.  ne sait pas

### Q3. Si la personne vivait dans un autre établissement d'hébergement collectif, y compris en moyen séjour (modalité 4 cochée à la question précédente), depuis quand la personne vit-elle dans un établissement d'hébergement collectif ?

année: |\_|\_|\_|\_|

### Q4. Quand la personne vivait encore à son propre domicile, était-elle

1.  en France
2.  à l'étranger
9.  ne sait pas

#### Q4a. Si elle vivait en France, dans quel département était-ce ? \_\_\_\_\_

9.  ne sait pas

#### Q4b. Si elle vivait à l'étranger, dans quel pays ? \_\_\_\_\_

9.  ne sait pas

### Les questions Q5 et Q6 ne sont à remplir que si la personne a 60 ans ou plus

#### Q5. Dans quel GIR cette personne est-elle classée ?

1.  GIR1
2.  GIR2
3.  GIR3
4.  GIR4
5.  GIR5
6.  GIR6
9.  Ne sait pas

#### Q6. La personne bénéficie-t-elle de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) ?

1. <input type="checkbox"/> Oui 2. <input type="checkbox"/> Non 9. <input type="checkbox"/> Ne sait pas	→ Cette aide est-elle versée directement à l'établissement ? 1. <input type="checkbox"/> Oui 2. <input type="checkbox"/> Non 9. <input type="checkbox"/> Ne sait pas
	→ Une demande pour bénéficier de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) a-t-elle été faite ? 1. <input type="checkbox"/> Oui 2. <input type="checkbox"/> Non 9. <input type="checkbox"/> Ne sait pas
	<u>Si oui, Quelle décision a été rendue ?</u> 1. <input type="checkbox"/> La décision n'a pas encore été rendue 2. <input type="checkbox"/> Attribution de l'allocation 9. <input type="checkbox"/> Ne sait pas

**Q7. A-t-on reconnu à la personne un taux d'invalidité ou d'incapacité ? (accordé par la sécurité sociale, les COTOREP ou CDES, l'armée, les sociétés d'assurance...)**

- 1.  Oui
- 2.  Non
- 9.  Ne sait pas

**Le tableau suivant ne doit être rempli que si la personne a un taux d'invalidité ou d'incapacité reconnu (réponse « oui » à la question précédente).**

Est ce ...	A quel taux (ou tranche) ?	Depuis quelle année ?
<p><b>... une catégorie d'invalidité déterminée par la Sécurité Sociale (1°, 2° ou 3°) ?</b></p> <p>1. <input type="checkbox"/> Oui -&gt; remplir les 2 colonnes suivantes                  2. <input type="checkbox"/> Non -&gt; passer à la ligne suivante                  9. <input type="checkbox"/> Ne sait pas</p>	<p>Taux  _ _  %</p> <p>Ou</p> <p>Entre  _ _  % et  _ _  %</p>	<p> _ _ _ _ </p>
<p><b>... un taux d'incapacité lié à un accident du travail ?</b></p> <p>1. <input type="checkbox"/> Oui -&gt; remplir les 2 colonnes suivantes                  2. <input type="checkbox"/> Non -&gt; passer à la ligne suivante                  9. <input type="checkbox"/> Ne sait pas</p>	<p>Taux  _ _  %</p> <p>Ou</p> <p>Entre  _ _  % et  _ _  %</p>	<p> _ _ _ _ </p>
<p><b>... un taux d'incapacité déterminé par une COTOREP, une CDES ou une MDPH ?</b></p> <p>1. <input type="checkbox"/> Oui -&gt; remplir les 2 colonnes suivantes                  2. <input type="checkbox"/> Non -&gt; passer à la ligne suivante                  9. <input type="checkbox"/> Ne sait pas</p>	<p>Taux  _ _  %</p> <p>Ou</p> <p>Entre  _ _  % et  _ _  %</p>	<p> _ _ _ _ </p>
<p><b>... un taux lié à une pension militaire d'invalidité?</b></p> <p>1. <input type="checkbox"/> Oui -&gt; remplir les 2 colonnes suivantes                  2. <input type="checkbox"/> Non -&gt; passer à la ligne suivante                  9. <input type="checkbox"/> Ne sait pas</p>	<p>Taux  _ _  %</p> <p>Ou</p> <p>Entre  _ _  % et  _ _  %</p>	<p> _ _ _ _ </p>
<p><b>... un taux d'incapacité permanente déterminé par une société d'assurance ?</b></p> <p>1. <input type="checkbox"/> Oui -&gt; remplir les 2 colonnes suivantes                  2. <input type="checkbox"/> Non                  9. <input type="checkbox"/> Ne sait pas</p>	<p>Taux  _ _  %</p> <p>Ou</p> <p>Entre  _ _  % et  _ _  %</p>	<p> _ _ _ _ </p>



**M1. Quel est le montant total de la participation financière à la charge de la personne ? (charge non financée par une aide départementale, la sécurité sociale ou l'aide au logement -APL ou ALS)  
Arrondir à l'euro immédiatement inférieur**

/ / / / / / / / / / euros par

1.  jour  
2.  semaine  
3.  mois

**Que comprend ce tarif ?**

	1. Oui	2. Non	9. Ne sait pas	0. Sans objet pour votre institution
<b>M2A. Tarif d'hébergement et d'entretien (y.c. chambre individuelle)</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>M2B. Tarif dépendance</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>M2C. Forfait journalier hospitalier</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>M2D. Supplément pour animations, activités, sorties particulières etc.</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>M2E. Autres suppléments ou autres types de frais</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Si oui :**  
M2F. **Précisez :** \_\_\_\_\_

**M3. Quelles sont les personnes ou les organismes qui participent au paiement de ces frais ? (plusieurs réponses possibles)**

	1. Oui	2. Non	9. Ne sait pas
<b>La personne elle-même</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Sa famille ou des proches</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Si oui :</b> M4. <b>Percevez-vous directement la participation de la famille ou des proches ?</b> 1. <input type="checkbox"/> Oui 2. <input type="checkbox"/> Non			
<b>Une mutuelle ou une assurance</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Si oui :</b> M5. <b>Percevez-vous directement la participation d'une mutuelle ou d'une assurance ?</b> 1. <input type="checkbox"/> Oui 2. <input type="checkbox"/> Non			
<b>Une autre personne ou un autre organisme</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Si oui :</b> M3A. <b>Précisez qui est cette personne ou cet organisme :</b> _____			
<b>M6. Percevez-vous directement sa participation ?</b> 1. <input type="checkbox"/> Oui 2. <input type="checkbox"/> Non			

Si votre établissement est un MAS, CHRS, établissements psychiatriques => merci de passer au questionnaire n°3.

Sinon, merci de compléter :

- l'encadré 1 si votre établissement est une EHPAD, Maison de retraite ou USLD
- l'encadré 2 si votre établissement est un établissement pour adulte handicapé (hors MAS)

<b>Encadré 1. Si votre établissement est une EHPAD, Maison de retraite, USLD :</b>				
R. La personne bénéficie-t-elle de ... ?				
	1. Oui	2. Non	9. Ne sait pas	0. sans objet pour votre institution
R1. l'aide sociale départementale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Si oui :</i> R1A. <b>Percevez-vous directement cette aide ?</b> 1. <input type="checkbox"/> Oui 2. Non <input type="checkbox"/>				
R2. l'aide personnalisée au logement (APL) ou de l'aide au logement sociale (ALS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Si oui :</i> R2A. <b>Percevez-vous directement cette aide ?</b> 1. <input type="checkbox"/> Oui 2. Non <input type="checkbox"/>				

<b>Encadré 2. Si votre établissement est un Etablissement pour adultes handicapés (hors MAS)</b>				
R. La personne bénéficie-t-elle de ... ?				
	1. Oui	2. Non	9. Ne sait pas	0. Sans objet pour votre institution
R1. l'aide sociale départementale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Si oui :</i> R1A. <b>Percevez-vous directement cette aide ?</b> 1. <input type="checkbox"/> Oui 2. Non <input type="checkbox"/>				

→ Fin du questionnaire n°2, aller au questionnaire n°3

NOI : 3

## Informations relatives au 3e individu échantillonné

BS : 3

### Q1. A quelle date la personne est-elle entrée dans l'établissement ?

Jour: |\_|\_| mois: |\_|\_| année: |\_|\_|\_|

### Q2. Où la personne vivait-elle juste avant d'entrer dans cet établissement ? (une seule réponse, celle où la personne résidait le plus souvent en semaine)

1.  à son propre domicile
2.  au domicile d'un membre de sa famille (y compris de ses parents)
3.  dans une famille d'accueil
4.  dans un autre établissement d'hébergement collectif (y compris en moyen séjour)
5.  dans un hôpital
6.  autre
7.  ne sait pas

### Q3. Si la personne vivait dans un autre établissement d'hébergement collectif, y compris en moyen séjour (modalité 4 cochée à la question précédente), depuis quand la personne vit-elle dans un établissement d'hébergement collectif ?

année: |\_|\_|\_|

### Q4. Quand la personne vivait encore à son propre domicile, était-elle

1.  en France
2.  à l'étranger
9.  ne sait pas

#### Q4a. Si elle vivait en France, dans quel département était-ce ? \_\_\_\_\_

9.  ne sait pas

#### Q4b. Si elle vivait à l'étranger, dans quel pays ? \_\_\_\_\_

9.  ne sait pas

### Les questions Q5 et Q6 ne sont à remplir que si la personne a 60 ans ou plus

#### Q5. Dans quel GIR cette personne est-elle classée ?

1.  GIR1
2.  GIR2
3.  GIR3
4.  GIR4
5.  GIR5
6.  GIR6
9.  Ne sait pas

#### Q6. La personne bénéficie-t-elle de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) ?

1. <input type="checkbox"/> Oui 2. <input type="checkbox"/> Non 9. <input type="checkbox"/> Ne sait pas	→ Cette aide est-elle versée directement à l'établissement ? 1. <input type="checkbox"/> Oui 2. <input type="checkbox"/> Non 9. <input type="checkbox"/> Ne sait pas
	→ Une demande pour bénéficier de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) a-t-elle été faite ? 1. <input type="checkbox"/> Oui 2. <input type="checkbox"/> Non 9. <input type="checkbox"/> Ne sait pas
	<u>Si oui, Quelle décision a été rendue ?</u> 1. <input type="checkbox"/> La décision n'a pas encore été rendue 2. <input type="checkbox"/> Attribution de l'allocation 9. <input type="checkbox"/> Ne sait pas

**Q7. A-t-on reconnu à la personne un taux d'invalidité ou d'incapacité ? (accordé par la sécurité sociale, les COTOREP ou CDES, l'armée, les sociétés d'assurance...)**

- 1.  Oui
- 2.  Non
- 9.  Ne sait pas

**Le tableau suivant ne doit être rempli que si la personne a un taux d'invalidité ou d'incapacité reconnu (réponse « oui » à la question précédente).**

Est ce ...	A quel taux (ou tranche) ?	Depuis quelle année ?
<p><b>... une catégorie d'invalidité déterminée par la Sécurité Sociale (1°, 2° ou 3°) ?</b></p> <p>1. <input type="checkbox"/> Oui -&gt; remplir les 2 colonnes suivantes                      2. <input type="checkbox"/> Non -&gt; passer à la ligne suivante                      9. <input type="checkbox"/> Ne sait pas</p>	<p>Taux  _ _  %</p> <p>Ou</p> <p>Entre  _ _  % et  _ _  %</p>	<p> _ _ _ _ </p>
<p><b>...un taux d'incapacité lié à un accident du travail ?</b></p> <p>1. <input type="checkbox"/> Oui -&gt; remplir les 2 colonnes suivantes                      2. <input type="checkbox"/> Non -&gt; passer à la ligne suivante                      9. <input type="checkbox"/> Ne sait pas</p>	<p>Taux  _ _  %</p> <p>Ou</p> <p>Entre  _ _  % et  _ _  %</p>	<p> _ _ _ _ </p>
<p><b>... un taux d'incapacité déterminé par une COTOREP, une CDES ou une MDPH ?</b></p> <p>1. <input type="checkbox"/> Oui -&gt; remplir les 2 colonnes suivantes                      2. <input type="checkbox"/> Non -&gt; passer à la ligne suivante                      9. <input type="checkbox"/> Ne sait pas</p>	<p>Taux  _ _  %</p> <p>Ou</p> <p>Entre  _ _  % et  _ _  %</p>	<p> _ _ _ _ </p>
<p><b>... un taux lié à une pension militaire d'invalidité?</b></p> <p>1. <input type="checkbox"/> Oui -&gt; remplir les 2 colonnes suivantes                      2. <input type="checkbox"/> Non -&gt; passer à la ligne suivante                      9. <input type="checkbox"/> Ne sait pas</p>	<p>Taux  _ _  %</p> <p>Ou</p> <p>Entre  _ _  % et  _ _  %</p>	<p> _ _ _ _ </p>
<p><b>... un taux d'incapacité permanente déterminé par une société d'assurance ?</b></p> <p>1. <input type="checkbox"/> Oui -&gt; remplir les 2 colonnes suivantes                      2. <input type="checkbox"/> Non                      9. <input type="checkbox"/> Ne sait pas</p>	<p>Taux  _ _  %</p> <p>Ou</p> <p>Entre  _ _  % et  _ _  %</p>	<p> _ _ _ _ </p>

**M1. Quel est le montant total de la participation financière à la charge de la personne ? (charge non financée par une aide départementale, la sécurité sociale ou l'aide au logement -APL ou ALS)  
Arrondir à l'euro immédiatement inférieur**

/ / / / / / / / / / euros par

1.  jour  
2.  semaine  
3.  mois

**Que comprend ce tarif ?**

	1. Oui	2. Non	9. Ne sait pas	0. Sans objet pour votre institution
<b>M2A. Tarif d'hébergement et d'entretien (y.c. chambre individuelle)</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>M2B. Tarif dépendance</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>M2C. Forfait journalier hospitalier</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>M2D. Supplément pour animations, activités, sorties particulières etc.</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>M2E. Autres suppléments ou autres types de frais</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Si oui :**  
M2F. **Précisez :** \_\_\_\_\_

**M3. Quelles sont les personnes ou les organismes qui participent au paiement de ces frais ? (plusieurs réponses possibles)**

	1. Oui	2. Non	9. Ne sait pas
<b>La personne elle-même</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Sa famille ou des proches</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Si oui :</b> M4. <b>Percevez-vous directement la participation de la famille ou des proches ?</b> 1. <input type="checkbox"/> Oui 2. <input type="checkbox"/> Non			
<b>Une mutuelle ou une assurance</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Si oui :</b> M5. <b>Percevez-vous directement la participation d'une mutuelle ou d'une assurance ?</b> 1. <input type="checkbox"/> Oui 2. <input type="checkbox"/> Non			
<b>Une autre personne ou un autre organisme</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Si oui :</b> M3A. <b>Précisez qui est cette personne ou cet organisme :</b> _____			
<b>M6. Percevez-vous directement sa participation ?</b> 1. <input type="checkbox"/> Oui 2. <input type="checkbox"/> Non			

Si votre établissement est un MAS, CHRS, établissements psychiatriques => merci de passer au questionnaire n°4.

Sinon, merci de compléter :

- l'encadré 1 si votre établissement est une EHPAD, Maison de retraite ou USLD
- l'encadré 2 si votre établissement est un établissement pour adulte handicapé (hors MAS)

<b>Encadré 1. Si votre établissement est une EHPAD, Maison de retraite, USLD :</b>				
R. La personne bénéficie-t-elle de ... ?				
	1. Oui	2. Non	9. Ne sait pas	0. sans objet pour votre institution
R1. l'aide sociale départementale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Si oui :</i> R1A. <b>Percevez-vous directement cette aide ?</b> 1. <input type="checkbox"/> Oui 2. Non <input type="checkbox"/>				
R2. l'aide personnalisée au logement (APL) ou de l'aide au logement sociale (ALS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Si oui :</i> R2A. <b>Percevez-vous directement cette aide ?</b> 1. <input type="checkbox"/> Oui 2. Non <input type="checkbox"/>				

<b>Encadré 2. Si votre établissement est un Etablissement pour adultes handicapés (hors MAS)</b>				
R. La personne bénéficie-t-elle de ... ?				
	1. Oui	2. Non	9. Ne sait pas	0. Sans objet pour votre institution
R1. l'aide sociale départementale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Si oui :</i> R1A. <b>Percevez-vous directement cette aide ?</b> 1. <input type="checkbox"/> Oui 2. Non <input type="checkbox"/>				

→ Fin du questionnaire n°3, aller au questionnaire n°4

NOI : 4

## Informations relatives au 4e individu échantillonné

BS : 4

**Q1. A quelle date la personne est-elle entrée dans l'établissement ?**

Jour: |\_|\_| mois: |\_|\_| année: |\_|\_|\_|\_|

**Q2. Où la personne vivait-elle juste avant d'entrer dans cet établissement ? (une seule réponse, celle où la personne résidait le plus souvent en semaine)**

1.  à son propre domicile
2.  au domicile d'un membre de sa famille (y compris de ses parents)
3.  dans une famille d'accueil
4.  dans un autre établissement d'hébergement collectif (y compris en moyen séjour)
5.  dans un hôpital
6.  autre
7.  ne sait pas

**Q3. Si la personne vivait dans un autre établissement d'hébergement collectif, y compris en moyen séjour (modalité 4 cochée à la question précédente), depuis quand la personne vit-elle dans un établissement d'hébergement collectif ?**

année: |\_|\_|\_|\_|

**Q4. Quand la personne vivait encore à son propre domicile, était-elle**

1.  en France
2.  à l'étranger
9.  ne sait pas

**Q4a. Si elle vivait en France, dans quel département était-ce ? \_\_\_\_\_**

9.  ne sait pas

**Q4b. Si elle vivait à l'étranger, dans quel pays ? \_\_\_\_\_**

9.  ne sait pas

### Les questions Q5 et Q6 ne sont à remplir que si la personne a 60 ans ou plus

**Q5. Dans quel GIR cette personne est-elle classée ?**

1.  GIR1
2.  GIR2
3.  GIR3
4.  GIR4
5.  GIR5
6.  GIR6
9.  Ne sait pas

**Q6. La personne bénéficie-t-elle de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) ?**

1. <input type="checkbox"/> Oui 2. <input type="checkbox"/> Non 9. <input type="checkbox"/> Ne sait pas	<b>→ Cette aide est-elle versée directement à l'établissement ?</b> 1. <input type="checkbox"/> Oui    2. <input type="checkbox"/> Non    9. <input type="checkbox"/> Ne sait pas
	<b>→ Une demande pour bénéficier de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) a-t-elle été faite ?</b> 1. <input type="checkbox"/> Oui    2. <input type="checkbox"/> Non    9. <input type="checkbox"/> Ne sait pas
	<b>Si oui, Quelle décision a été rendue ?</b> 1. <input type="checkbox"/> La décision n'a pas encore été rendue 2. <input type="checkbox"/> Attribution de l'allocation 9. <input type="checkbox"/> Ne sait pas

**Q7. A-t-on reconnu à la personne un taux d'invalidité ou d'incapacité ? (accordé par la sécurité sociale, les COTOREP ou CDES, l'armée, les sociétés d'assurance...)**

- 1.  Oui
- 2.  Non
- 9.  Ne sait pas

**Le tableau suivant ne doit être rempli que si la personne a un taux d'invalidité ou d'incapacité reconnu (réponse « oui » à la question précédente).**

Est ce ...	A quel taux (ou tranche) ?	Depuis quelle année ?
<p><b>... une catégorie d'invalidité déterminée par la Sécurité Sociale (1°, 2° ou 3°) ?</b></p> <p>1. <input type="checkbox"/> Oui -&gt; remplir les 2 colonnes suivantes                      2. <input type="checkbox"/> Non -&gt; passer à la ligne suivante                      9. <input type="checkbox"/> Ne sait pas</p>	<p>Taux  _ _  %</p> <p>Ou</p> <p>Entre  _ _  % et  _ _  %</p>	<p> _ _ _ _ </p>
<p><b>...un taux d'incapacité lié à un accident du travail ?</b></p> <p>1. <input type="checkbox"/> Oui -&gt; remplir les 2 colonnes suivantes                      2. <input type="checkbox"/> Non -&gt; passer à la ligne suivante                      9. <input type="checkbox"/> Ne sait pas</p>	<p>Taux  _ _  %</p> <p>Ou</p> <p>Entre  _ _  % et  _ _  %</p>	<p> _ _ _ _ </p>
<p><b>... un taux d'incapacité déterminé par une COTOREP, une CDES ou une MDPH ?</b></p> <p>1. <input type="checkbox"/> Oui -&gt; remplir les 2 colonnes suivantes                      2. <input type="checkbox"/> Non -&gt; passer à la ligne suivante                      9. <input type="checkbox"/> Ne sait pas</p>	<p>Taux  _ _  %</p> <p>Ou</p> <p>Entre  _ _  % et  _ _  %</p>	<p> _ _ _ _ </p>
<p><b>... un taux lié à une pension militaire d'invalidité?</b></p> <p>1. <input type="checkbox"/> Oui -&gt; remplir les 2 colonnes suivantes                      2. <input type="checkbox"/> Non -&gt; passer à la ligne suivante                      9. <input type="checkbox"/> Ne sait pas</p>	<p>Taux  _ _  %</p> <p>Ou</p> <p>Entre  _ _  % et  _ _  %</p>	<p> _ _ _ _ </p>
<p><b>... un taux d'incapacité permanente déterminé par une société d'assurance ?</b></p> <p>1. <input type="checkbox"/> Oui -&gt; remplir les 2 colonnes suivantes                      2. <input type="checkbox"/> Non                      9. <input type="checkbox"/> Ne sait pas</p>	<p>Taux  _ _  %</p> <p>Ou</p> <p>Entre  _ _  % et  _ _  %</p>	<p> _ _ _ _ </p>



**M1. Quel est le montant total de la participation financière à la charge de la personne ? (charge non financée par une aide départementale, la sécurité sociale ou l'aide au logement -APL ou ALS)  
Arrondir à l'euro immédiatement inférieur**

/ / / / / / / / / / euros par

1.  jour  
2.  semaine  
3.  mois

**Que comprend ce tarif ?**

	1. Oui	2. Non	9. Ne sait pas	0. Sans objet pour votre institution
<b>M2A. Tarif d'hébergement et d'entretien (y.c. chambre individuelle)</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>M2B. Tarif dépendance</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>M2C. Forfait journalier hospitalier</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>M2D. Supplément pour animations, activités, sorties particulières etc.</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>M2E. Autres suppléments ou autres types de frais</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Si oui :**  
M2F. **Précisez :** \_\_\_\_\_

**M3. Quelles sont les personnes ou les organismes qui participent au paiement de ces frais ? (plusieurs réponses possibles)**

	1. Oui	2. Non	9. Ne sait pas
<b>La personne elle-même</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Sa famille ou des proches</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Si oui :</b> M4. <b>Percevez-vous directement la participation de la famille ou des proches ?</b> 1. <input type="checkbox"/> Oui 2. <input type="checkbox"/> Non			
<b>Une mutuelle ou une assurance</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Si oui :</b> M5. <b>Percevez-vous directement la participation d'une mutuelle ou d'une assurance ?</b> 1. <input type="checkbox"/> Oui 2. <input type="checkbox"/> Non			
<b>Une autre personne ou un autre organisme</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Si oui :</b> M3A. <b>Précisez qui est cette personne ou cet organisme :</b> _____			
<b>M6. Percevez-vous directement sa participation ?</b> 1. <input type="checkbox"/> Oui 2. <input type="checkbox"/> Non			

Si votre établissement est un MAS, CHRS, établissements psychiatriques => merci de passer au questionnaire n°5.

Sinon, merci de compléter :

- l'encadré 1 si votre établissement est une EHPAD, Maison de retraite ou USLD
- l'encadré 2 si votre établissement est un établissement pour adulte handicapé (hors MAS)

<b>Encadré 1. Si votre établissement est une EHPAD, Maison de retraite, USLD :</b>				
R. La personne bénéficie-t-elle de ... ?				
	1. Oui	2. Non	9. Ne sait pas	0. sans objet pour votre institution
R1. l'aide sociale départementale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Si oui :</b> R1A. <b>Percevez-vous directement cette aide ?</b> 1. <input type="checkbox"/> Oui 2. Non <input type="checkbox"/>				
R2. l'aide personnalisée au logement (APL) ou de l'aide au logement sociale (ALS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Si oui :</b> R2A. <b>Percevez-vous directement cette aide ?</b> 1. <input type="checkbox"/> Oui 2. Non <input type="checkbox"/>				

<b>Encadré 2. Si votre établissement est un Etablissement pour adultes handicapés (hors MAS)</b>				
R. La personne bénéficie-t-elle de ... ?				
	1. Oui	2. Non	9. Ne sait pas	0. Sans objet pour votre institution
R1. l'aide sociale départementale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Si oui :</b> R1A. <b>Percevez-vous directement cette aide ?</b> 1. <input type="checkbox"/> Oui 2. Non <input type="checkbox"/>				

→ Fin du questionnaire n°4, aller au questionnaire n°5

NOI : 5

## Informations relatives au 5e individu échantillonné

BS : 5

**Q1. A quelle date la personne est-elle entrée dans l'établissement ?**

Jour: |\_|\_| mois: |\_|\_| année: |\_|\_|\_|\_|

**Q2. Où la personne vivait-elle juste avant d'entrer dans cet établissement ? (une seule réponse, celle où la personne résidait le plus souvent en semaine)**

1.  à son propre domicile
2.  au domicile d'un membre de sa famille (y compris de ses parents)
3.  dans une famille d'accueil
4.  dans un autre établissement d'hébergement collectif (y compris en moyen séjour)
5.  dans un hôpital
6.  autre
7.  ne sait pas

**Q3. Si la personne vivait dans un autre établissement d'hébergement collectif, y compris en moyen séjour (modalité 4 cochée à la question précédente), depuis quand la personne vit-elle dans un établissement d'hébergement collectif ?**

année: |\_|\_|\_|\_|

**Q4. Quand la personne vivait encore à son propre domicile, était-elle**

1.  en France
2.  à l'étranger
9.  ne sait pas

**Q4a. Si elle vivait en France, dans quel département était-ce ? \_\_\_\_\_**

9.  ne sait pas

**Q4b. Si elle vivait à l'étranger, dans quel pays ? \_\_\_\_\_**

9.  ne sait pas

**Les questions Q5 et Q6 ne sont à remplir que si la personne a 60 ans ou plus**

**Q5. Dans quel GIR cette personne est-elle classée ?**

1.  GIR1
2.  GIR2
3.  GIR3
4.  GIR4
5.  GIR5
6.  GIR6
9.  Ne sait pas

**Q6. La personne bénéficie-t-elle de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) ?**

1. <input type="checkbox"/> Oui 2. <input type="checkbox"/> Non 9. <input type="checkbox"/> Ne sait pas	<b>→ Cette aide est-elle versée directement à l'établissement ?</b> 1. <input type="checkbox"/> Oui    2. <input type="checkbox"/> Non    9. <input type="checkbox"/> Ne sait pas
	<b>Une demande pour bénéficier de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) a-t-elle été faite ?</b> 1. <input type="checkbox"/> Oui    2. <input type="checkbox"/> Non    9. <input type="checkbox"/> Ne sait pas
	<b>Si oui, Quelle décision a été rendue ?</b> 1. <input type="checkbox"/> La décision n'a pas encore été rendue 2. <input type="checkbox"/> Attribution de l'allocation 9. <input type="checkbox"/> Ne sait pas

**Q7. A-t-on reconnu à la personne un taux d'invalidité ou d'incapacité ? (accordé par la sécurité sociale, les COTOREP ou CDES, l'armée, les sociétés d'assurance...)**

- 1.  Oui
- 2.  Non
- 9.  Ne sait pas

**Le tableau suivant ne doit être rempli que si la personne a un taux d'invalidité ou d'incapacité reconnu (réponse « oui » à la question précédente).**

Est ce ...	A quel taux (ou tranche) ?	Depuis quelle année ?
<p><b>... une catégorie d'invalidité déterminée par la Sécurité Sociale (1°, 2° ou 3°) ?</b></p> <p>1. <input type="checkbox"/> Oui -&gt; remplir les 2 colonnes suivantes                      2. <input type="checkbox"/> Non -&gt; passer à la ligne suivante                      9. <input type="checkbox"/> Ne sait pas</p>	<p>Taux  _ _  %</p> <p>Ou</p> <p>Entre  _ _  % et  _ _  %</p>	<p> _ _ _ _ </p>
<p><b>...un taux d'incapacité lié à un accident du travail ?</b></p> <p>1. <input type="checkbox"/> Oui -&gt; remplir les 2 colonnes suivantes                      2. <input type="checkbox"/> Non -&gt; passer à la ligne suivante                      9. <input type="checkbox"/> Ne sait pas</p>	<p>Taux  _ _  %</p> <p>Ou</p> <p>Entre  _ _  % et  _ _  %</p>	<p> _ _ _ _ </p>
<p><b>... un taux d'incapacité déterminé par une COTOREP, une CDES ou une MDPH ?</b></p> <p>1. <input type="checkbox"/> Oui -&gt; remplir les 2 colonnes suivantes                      2. <input type="checkbox"/> Non -&gt; passer à la ligne suivante                      9. <input type="checkbox"/> Ne sait pas</p>	<p>Taux  _ _  %</p> <p>Ou</p> <p>Entre  _ _  % et  _ _  %</p>	<p> _ _ _ _ </p>
<p><b>... un taux lié à une pension militaire d'invalidité?</b></p> <p>1. <input type="checkbox"/> Oui -&gt; remplir les 2 colonnes suivantes                      2. <input type="checkbox"/> Non -&gt; passer à la ligne suivante                      9. <input type="checkbox"/> Ne sait pas</p>	<p>Taux  _ _  %</p> <p>Ou</p> <p>Entre  _ _  % et  _ _  %</p>	<p> _ _ _ _ </p>
<p><b>... un taux d'incapacité permanente déterminé par une société d'assurance ?</b></p> <p>1. <input type="checkbox"/> Oui -&gt; remplir les 2 colonnes suivantes                      2. <input type="checkbox"/> Non                      9. <input type="checkbox"/> Ne sait pas</p>	<p>Taux  _ _  %</p> <p>Ou</p> <p>Entre  _ _  % et  _ _  %</p>	<p> _ _ _ _ </p>

**M1. Quel est le montant total de la participation financière à la charge de la personne ? (charge non financée par une aide départementale, la sécurité sociale ou l'aide au logement -APL ou ALS)  
Arrondir à l'euro immédiatement inférieur**

/ / / / / / / / / / euros par

1.  jour  
2.  semaine  
3.  mois

**Que comprend ce tarif ?**

	1. Oui	2. Non	9. Ne sait pas	0. Sans objet pour votre institution
<b>M2A. Tarif d'hébergement et d'entretien (y.c. chambre individuelle)</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>M2B. Tarif dépendance</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>M2C. Forfait journalier hospitalier</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>M2D. Supplément pour animations, activités, sorties particulières etc.</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>M2E. Autres suppléments ou autres types de frais</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Si oui :**  
M2F. Précisez : \_\_\_\_\_

**M3. Quelles sont les personnes ou les organismes qui participent au paiement de ces frais ? (plusieurs réponses possibles)**

	1. Oui	2. Non	9. Ne sait pas
<b>La personne elle-même</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Sa famille ou des proches</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Si oui :</b> M4. Percevez-vous directement la participation de la famille ou des proches ? 1. <input type="checkbox"/> Oui 2. <input type="checkbox"/> Non			
<b>Une mutuelle ou une assurance</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Si oui :</b> M5. Percevez-vous directement la participation d'une mutuelle ou d'une assurance ? 1. <input type="checkbox"/> Oui 2. <input type="checkbox"/> Non			
<b>Une autre personne ou un autre organisme</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Si oui :</b> M3A. Précisez qui est cette personne ou cet organisme : _____			
<b>M6. Percevez-vous directement sa participation ?</b> 1. <input type="checkbox"/> Oui 2. <input type="checkbox"/> Non			

Si votre établissement est un MAS, CHRS, établissements psychiatriques => merci de passer au questionnaire n°6.

Sinon, merci de compléter :

- l'encadré 1 si votre établissement est une EHPAD, Maison de retraite ou USLD
- l'encadré 2 si votre établissement est un établissement pour adulte handicapé (hors MAS)

<b>Encadré 1. Si votre établissement est une EHPAD, Maison de retraite, USLD :</b>				
R. La personne bénéficie-t-elle de ... ?				
	1. Oui	2. Non	9. Ne sait pas	0. sans objet pour votre institution
R1. l'aide sociale départementale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Si oui :</i> R1A. <b>Percevez-vous directement cette aide ?</b> 1. <input type="checkbox"/> Oui 2. Non <input type="checkbox"/>				
R2. l'aide personnalisée au logement (APL) ou de l'aide au logement sociale (ALS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Si oui :</i> R2A. <b>Percevez-vous directement cette aide ?</b> 1. <input type="checkbox"/> Oui 2. Non <input type="checkbox"/>				

<b>Encadré 2. Si votre établissement est un Etablissement pour adultes handicapés (hors MAS)</b>				
R. La personne bénéficie-t-elle de ... ?				
	1. Oui	2. Non	9. Ne sait pas	0. Sans objet pour votre institution
R1. l'aide sociale départementale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Si oui :</i> R1A. <b>Percevez-vous directement cette aide ?</b> 1. <input type="checkbox"/> Oui 2. Non <input type="checkbox"/>				

→ Fin du questionnaire n°5, aller au questionnaire n°6

NOI : 6

## Informations relatives au 6e individu échantillonné

BS : 6

**Q1. A quelle date la personne est-elle entrée dans l'établissement ?**

Jour: |\_|\_| mois: |\_|\_| année: |\_|\_|\_|\_|

**Q2. Où la personne vivait-elle juste avant d'entrer dans cet établissement ? (une seule réponse, celle où la personne résidait le plus souvent en semaine)**

1.  à son propre domicile
2.  au domicile d'un membre de sa famille (y compris de ses parents)
3.  dans une famille d'accueil
4.  dans un autre établissement d'hébergement collectif (y compris en moyen séjour)
5.  dans un hôpital
6.  autre
7.  ne sait pas

**Q3. Si la personne vivait dans un autre établissement d'hébergement collectif, y compris en moyen séjour (modalité 4 cochée à la question précédente), depuis quand la personne vit-elle dans un établissement d'hébergement collectif ?**

année: |\_|\_|\_|\_|

**Q4. Quand la personne vivait encore à son propre domicile, était-elle**

1.  en France
2.  à l'étranger
9.  ne sait pas

**Q4a. Si elle vivait en France, dans quel département était-ce ? \_\_\_\_\_**

9.  ne sait pas

**Q4b. Si elle vivait à l'étranger, dans quel pays ? \_\_\_\_\_**

9.  ne sait pas

**Les questions Q5 et Q6 ne sont à remplir que si la personne a 60 ans ou plus**

**Q5. Dans quel GIR cette personne est-elle classée ?**

1.  GIR1
2.  GIR2
3.  GIR3
4.  GIR4
5.  GIR5
6.  GIR6
9.  Ne sait pas

**Q6. La personne bénéficie-t-elle de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) ?**

1. <input type="checkbox"/> Oui 2. <input type="checkbox"/> Non 9. <input type="checkbox"/> Ne sait pas	<b>→ Cette aide est-elle versée directement à l'établissement ?</b> 1. <input type="checkbox"/> Oui 2. <input type="checkbox"/> Non 9. <input type="checkbox"/> Ne sait pas
	<b>→ Une demande pour bénéficier de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) a-t-elle été faite ?</b> 1. <input type="checkbox"/> Oui 2. <input type="checkbox"/> Non 9. <input type="checkbox"/> Ne sait pas
	<b>Si oui, Quelle décision a été rendue ?</b> 1. <input type="checkbox"/> La décision n'a pas encore été rendue 2. <input type="checkbox"/> Attribution de l'allocation 9. <input type="checkbox"/> Ne sait pas

**Q7. A-t-on reconnu à la personne un taux d'invalidité ou d'incapacité ? (accordé par la sécurité sociale, les COTOREP ou CDES, l'armée, les sociétés d'assurance...)**

- 1.  Oui
- 2.  Non
- 9.  Ne sait pas

**Le tableau suivant ne doit être rempli que si la personne a un taux d'invalidité ou d'incapacité reconnu (réponse « oui » à la question précédente).**

Est ce ...	A quel taux (ou tranche) ?	Depuis quelle année ?
<p><b>... une catégorie d'invalidité déterminée par la Sécurité Sociale (1°, 2° ou 3°) ?</b></p> <p>1. <input type="checkbox"/> Oui -&gt; remplir les 2 colonnes suivantes                      2. <input type="checkbox"/> Non -&gt; passer à la ligne suivante                      9. <input type="checkbox"/> Ne sait pas</p>	<p>Taux  _ _  %</p> <p>Ou</p> <p>Entre  _ _  % et  _ _  %</p>	<p> _ _ _ _ </p>
<p><b>...un taux d'incapacité lié à un accident du travail ?</b></p> <p>1. <input type="checkbox"/> Oui -&gt; remplir les 2 colonnes suivantes                      2. <input type="checkbox"/> Non -&gt; passer à la ligne suivante                      9. <input type="checkbox"/> Ne sait pas</p>	<p>Taux  _ _  %</p> <p>Ou</p> <p>Entre  _ _  % et  _ _  %</p>	<p> _ _ _ _ </p>
<p><b>... un taux d'incapacité déterminé par une COTOREP, une CDES ou une MDPH ?</b></p> <p>1. <input type="checkbox"/> Oui -&gt; remplir les 2 colonnes suivantes                      2. <input type="checkbox"/> Non -&gt; passer à la ligne suivante                      9. <input type="checkbox"/> Ne sait pas</p>	<p>Taux  _ _  %</p> <p>Ou</p> <p>Entre  _ _  % et  _ _  %</p>	<p> _ _ _ _ </p>
<p><b>... un taux lié à une pension militaire d'invalidité?</b></p> <p>1. <input type="checkbox"/> Oui -&gt; remplir les 2 colonnes suivantes                      2. <input type="checkbox"/> Non -&gt; passer à la ligne suivante                      9. <input type="checkbox"/> Ne sait pas</p>	<p>Taux  _ _  %</p> <p>Ou</p> <p>Entre  _ _  % et  _ _  %</p>	<p> _ _ _ _ </p>
<p><b>... un taux d'incapacité permanente déterminé par une société d'assurance ?</b></p> <p>1. <input type="checkbox"/> Oui -&gt; remplir les 2 colonnes suivantes                      2. <input type="checkbox"/> Non                      9. <input type="checkbox"/> Ne sait pas</p>	<p>Taux  _ _  %</p> <p>Ou</p> <p>Entre  _ _  % et  _ _  %</p>	<p> _ _ _ _ </p>



**M1. Quel est le montant total de la participation financière à la charge de la personne ? (charge non financée par une aide départementale, la sécurité sociale ou l'aide au logement -APL ou ALS)  
Arrondir à l'euro immédiatement inférieur**

/ / / / / / / / / / euros par

1.  jour  
2.  semaine  
3.  mois

**Que comprend ce tarif ?**

	1. Oui	2. Non	9. Ne sait pas	0. Sans objet pour votre institution
<b>M2A. Tarif d'hébergement et d'entretien (y.c. chambre individuelle)</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>M2B. Tarif dépendance</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>M2C. Forfait journalier hospitalier</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>M2D. Supplément pour animations, activités, sorties particulières etc.</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>M2E. Autres suppléments ou autres types de frais</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Si oui :**  
M2F. Précisez : \_\_\_\_\_

**M3. Quelles sont les personnes ou les organismes qui participent au paiement de ces frais ? (plusieurs réponses possibles)**

	1. Oui	2. Non	9. Ne sait pas
<b>La personne elle-même</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Sa famille ou des proches</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Si oui :</b> M4. Percevez-vous directement la participation de la famille ou des proches ? 1. <input type="checkbox"/> Oui 2. <input type="checkbox"/> Non			
<b>Une mutuelle ou une assurance</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Si oui :</b> M5. Percevez-vous directement la participation d'une mutuelle ou d'une assurance ? 1. <input type="checkbox"/> Oui 2. <input type="checkbox"/> Non			
<b>Une autre personne ou un autre organisme</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Si oui :</b> M3A. Précisez qui est cette personne ou cet organisme : _____			
<b>M6. Percevez-vous directement sa participation ?</b> 1. <input type="checkbox"/> Oui 2. <input type="checkbox"/> Non			

Si votre établissement est un MAS, CHRS, établissements psychiatriques => merci de passer au questionnaire n°7.

Sinon, merci de compléter :

- l'encadré 1 si votre établissement est une EHPAD, Maison de retraite ou USLD
- l'encadré 2 si votre établissement est un établissement pour adulte handicapé (hors MAS)

<b>Encadré 1. Si votre établissement est une EHPAD, Maison de retraite, USLD :</b>				
R. La personne bénéficie-t-elle de ... ?				
	1. Oui	2. Non	9. Ne sait pas	0. sans objet pour votre institution
R1. l'aide sociale départementale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Si oui :</i> R1A. <b>Percevez-vous directement cette aide ?</b> 1. <input type="checkbox"/> Oui 2. Non <input type="checkbox"/>				
R2. l'aide personnalisée au logement (APL) ou de l'aide au logement sociale (ALS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Si oui :</i> R2A. <b>Percevez-vous directement cette aide ?</b> 1. <input type="checkbox"/> Oui 2. Non <input type="checkbox"/>				

<b>Encadré 2. Si votre établissement est un Etablissement pour adultes handicapés (hors MAS)</b>				
R. La personne bénéficie-t-elle de ... ?				
	1. Oui	2. Non	9. Ne sait pas	0. Sans objet pour votre institution
R1. l'aide sociale départementale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Si oui :</i> R1A. <b>Percevez-vous directement cette aide ?</b> 1. <input type="checkbox"/> Oui 2. Non <input type="checkbox"/>				

→ Fin du questionnaire n°6, aller au questionnaire n°7

NOI : 7

## Informations relatives au 7e individu échantillonné

BS : 7

### Q1. A quelle date la personne est-elle entrée dans l'établissement ?

Jour: |\_|\_| mois: |\_|\_| année: |\_|\_|\_|\_|

### Q2. Où la personne vivait-elle juste avant d'entrer dans cet établissement ? (une seule réponse, celle où la personne résidait le plus souvent en semaine)

1.  à son propre domicile
2.  au domicile d'un membre de sa famille (y compris de ses parents)
3.  dans une famille d'accueil
4.  dans un autre établissement d'hébergement collectif (y compris en moyen séjour)
5.  dans un hôpital
6.  autre
7.  ne sait pas

### Q3. Si la personne vivait dans un autre établissement d'hébergement collectif, y compris en moyen séjour (modalité 4 cochée à la question précédente), depuis quand la personne vit-elle dans un établissement d'hébergement collectif ?

année: |\_|\_|\_|\_|

### Q4. Quand la personne vivait encore à son propre domicile, était-elle

1.  en France
2.  à l'étranger
9.  ne sait pas

#### Q4a. Si elle vivait en France, dans quel département était-ce ? \_\_\_\_\_

9.  ne sait pas

#### Q4b. Si elle vivait à l'étranger, dans quel pays ? \_\_\_\_\_

9.  ne sait pas

### Les questions Q5 et Q6 ne sont à remplir que si la personne a 60 ans ou plus

#### Q5. Dans quel GIR cette personne est-elle classée ?

1.  GIR1
2.  GIR2
3.  GIR3
4.  GIR4
5.  GIR5
6.  GIR6
9.  Ne sait pas

#### Q6. La personne bénéficie-t-elle de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) ?

1. <input type="checkbox"/> Oui 2. <input type="checkbox"/> Non 9. <input type="checkbox"/> Ne sait pas	→ Cette aide est-elle versée directement à l'établissement ? 1. <input type="checkbox"/> Oui 2. <input type="checkbox"/> Non 9. <input type="checkbox"/> Ne sait pas
	→ Une demande pour bénéficier de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) a-t-elle été faite ? 1. <input type="checkbox"/> Oui 2. <input type="checkbox"/> Non 9. <input type="checkbox"/> Ne sait pas
	<u>Si oui, Quelle décision a été rendue ?</u> 1. <input type="checkbox"/> La décision n'a pas encore été rendue 2. <input type="checkbox"/> Attribution de l'allocation 9. <input type="checkbox"/> Ne sait pas

**Q7. A-t-on reconnu à la personne un taux d'invalidité ou d'incapacité ? (accordé par la sécurité sociale, les COTOREP ou CDES, l'armée, les sociétés d'assurance...)**

- 1.  Oui
- 2.  Non
- 9.  Ne sait pas

**Le tableau suivant ne doit être rempli que si la personne a un taux d'invalidité ou d'incapacité reconnu (réponse « oui » à la question précédente).**

Est ce ...	A quel taux (ou tranche) ?	Depuis quelle année ?
<p><b>... une catégorie d'invalidité déterminée par la Sécurité Sociale (1°, 2° ou 3°) ?</b></p> <p>1. <input type="checkbox"/> Oui -&gt; remplir les 2 colonnes suivantes                      2. <input type="checkbox"/> Non -&gt; passer à la ligne suivante                      9. <input type="checkbox"/> Ne sait pas</p>	<p>Taux  _ _  %</p> <p>Ou</p> <p>Entre  _ _  % et  _ _  %</p>	<p> _ _ _ _ </p>
<p><b>... un taux d'incapacité lié à un accident du travail ?</b></p> <p>1. <input type="checkbox"/> Oui -&gt; remplir les 2 colonnes suivantes                      2. <input type="checkbox"/> Non -&gt; passer à la ligne suivante                      9. <input type="checkbox"/> Ne sait pas</p>	<p>Taux  _ _  %</p> <p>Ou</p> <p>Entre  _ _  % et  _ _  %</p>	<p> _ _ _ _ </p>
<p><b>... un taux d'incapacité déterminé par une COTOREP, une CDES ou une MDPH ?</b></p> <p>1. <input type="checkbox"/> Oui -&gt; remplir les 2 colonnes suivantes                      2. <input type="checkbox"/> Non -&gt; passer à la ligne suivante                      9. <input type="checkbox"/> Ne sait pas</p>	<p>Taux  _ _  %</p> <p>Ou</p> <p>Entre  _ _  % et  _ _  %</p>	<p> _ _ _ _ </p>
<p><b>... un taux lié à une pension militaire d'invalidité?</b></p> <p>1. <input type="checkbox"/> Oui -&gt; remplir les 2 colonnes suivantes                      2. <input type="checkbox"/> Non -&gt; passer à la ligne suivante                      9. <input type="checkbox"/> Ne sait pas</p>	<p>Taux  _ _  %</p> <p>Ou</p> <p>Entre  _ _  % et  _ _  %</p>	<p> _ _ _ _ </p>
<p><b>... un taux d'incapacité permanente déterminé par une société d'assurance ?</b></p> <p>1. <input type="checkbox"/> Oui -&gt; remplir les 2 colonnes suivantes                      2. <input type="checkbox"/> Non                      9. <input type="checkbox"/> Ne sait pas</p>	<p>Taux  _ _  %</p> <p>Ou</p> <p>Entre  _ _  % et  _ _  %</p>	<p> _ _ _ _ </p>

**M1. Quel est le montant total de la participation financière à la charge de la personne ? (charge non financée par une aide départementale, la sécurité sociale ou l'aide au logement -APL ou ALS)  
Arrondir à l'euro immédiatement inférieur**

/ / / / / / / / / / euros par

1.  jour  
2.  semaine  
3.  mois

**Que comprend ce tarif ?**

	1. Oui	2. Non	9. Ne sait pas	0. Sans objet pour votre institution
<b>M2A. Tarif d'hébergement et d'entretien (y.c. chambre individuelle)</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>M2B. Tarif dépendance</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>M2C. Forfait journalier hospitalier</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>M2D. Supplément pour animations, activités, sorties particulières etc.</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>M2E. Autres suppléments ou autres types de frais</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Si oui :**  
M2F. **Précisez :** \_\_\_\_\_

**M3. Quelles sont les personnes ou les organismes qui participent au paiement de ces frais ? (plusieurs réponses possibles)**

	1. Oui	2. Non	9. Ne sait pas
<b>La personne elle-même</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Sa famille ou des proches</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Si oui :</b> M4. <b>Percevez-vous directement la participation de la famille ou des proches ?</b> 1. <input type="checkbox"/> Oui 2. <input type="checkbox"/> Non			
<b>Une mutuelle ou une assurance</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Si oui :</b> M5. <b>Percevez-vous directement la participation d'une mutuelle ou d'une assurance ?</b> 1. <input type="checkbox"/> Oui 2. <input type="checkbox"/> Non			
<b>Une autre personne ou un autre organisme</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Si oui :</b> M3A. <b>Précisez qui est cette personne ou cet organisme :</b> _____			
<b>M6. Percevez-vous directement sa participation ?</b> 1. <input type="checkbox"/> Oui 2. <input type="checkbox"/> Non			

Si votre établissement est un MAS, CHRS, établissements psychiatriques => merci de passer au questionnaire n°8.

Sinon, merci de compléter :

- l'encadré 1 si votre établissement est une EHPAD, Maison de retraite ou USLD
- l'encadré 2 si votre établissement est un établissement pour adulte handicapé (hors MAS)

<b>Encadré 1. Si votre établissement est une EHPAD, Maison de retraite, USLD :</b>				
R. La personne bénéficie-t-elle de ... ?				
	1. Oui	2. Non	9. Ne sait pas	0. sans objet pour votre institution
R1. l'aide sociale départementale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Si oui :</i> R1A. <b>Percevez-vous directement cette aide ?</b> 1. <input type="checkbox"/> Oui 2. Non <input type="checkbox"/>				
R2. l'aide personnalisée au logement (APL) ou de l'aide au logement sociale (ALS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Si oui :</i> R2A. <b>Percevez-vous directement cette aide ?</b> 1. <input type="checkbox"/> Oui 2. Non <input type="checkbox"/>				

<b>Encadré 2. Si votre établissement est un Etablissement pour adultes handicapés (hors MAS)</b>				
R. La personne bénéficie-t-elle de ... ?				
	1. Oui	2. Non	9. Ne sait pas	0. Sans objet pour votre institution
R1. l'aide sociale départementale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Si oui :</i> R1A. <b>Percevez-vous directement cette aide ?</b> 1. <input type="checkbox"/> Oui 2. Non <input type="checkbox"/>				

→ Fin du questionnaire n°7, aller au questionnaire n°8

NOI : 8

## Informations relatives au 8e individu échantillonné

BS : 8

**Q1. A quelle date la personne est-elle entrée dans l'établissement ?**

Jour: |\_|\_| mois: |\_|\_| année: |\_|\_|\_|\_|

**Q2. Où la personne vivait-elle juste avant d'entrer dans cet établissement ? (une seule réponse, celle où la personne résidait le plus souvent en semaine)**

1.  à son propre domicile
2.  au domicile d'un membre de sa famille (y compris de ses parents)
3.  dans une famille d'accueil
4.  dans un autre établissement d'hébergement collectif (y compris en moyen séjour)
5.  dans un hôpital
6.  autre
7.  ne sait pas

**Q3. Si la personne vivait dans un autre établissement d'hébergement collectif, y compris en moyen séjour (modalité 4 cochée à la question précédente), depuis quand la personne vit-elle dans un établissement d'hébergement collectif ?**

année: |\_|\_|\_|\_|

**Q4. Quand la personne vivait encore à son propre domicile, était-elle**

1.  en France
2.  à l'étranger
9.  ne sait pas

**Q4a. Si elle vivait en France, dans quel département était-ce ? \_\_\_\_\_**

9.  ne sait pas

**Q4b. Si elle vivait à l'étranger, dans quel pays ? \_\_\_\_\_**

9.  ne sait pas

**Les questions Q5 et Q6 ne sont à remplir que si la personne a 60 ans ou plus**

**Q5. Dans quel GIR cette personne est-elle classée ?**

1.  GIR1
2.  GIR2
3.  GIR3
4.  GIR4
5.  GIR5
6.  GIR6
9.  Ne sait pas

**Q6. La personne bénéficie-t-elle de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) ?**

1. <input type="checkbox"/> Oui 2. <input type="checkbox"/> Non 9. <input type="checkbox"/> Ne sait pas	<b>→ Cette aide est-elle versée directement à l'établissement ?</b> 1. <input type="checkbox"/> Oui    2. <input type="checkbox"/> Non    9. <input type="checkbox"/> Ne sait pas
	<b>→ Une demande pour bénéficier de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) a-t-elle été faite ?</b> 1. <input type="checkbox"/> Oui    2. <input type="checkbox"/> Non    9. <input type="checkbox"/> Ne sait pas
	<b>Si oui, Quelle décision a été rendue ?</b> 1. <input type="checkbox"/> La décision n'a pas encore été rendue 2. <input type="checkbox"/> Attribution de l'allocation 9. <input type="checkbox"/> Ne sait pas

**Q7. A-t-on reconnu à la personne un taux d'invalidité ou d'incapacité ? (accordé par la sécurité sociale, les COTOREP ou CDES, l'armée, les sociétés d'assurance...)**

- 1.  Oui
- 2.  Non
- 9.  Ne sait pas

**Le tableau suivant ne doit être rempli que si la personne a un taux d'invalidité ou d'incapacité reconnu (réponse « oui » à la question précédente).**

Est ce ...	A quel taux (ou tranche) ?	Depuis quelle année ?
<p><b>... une catégorie d'invalidité déterminée par la Sécurité Sociale (1°, 2° ou 3°) ?</b></p> <p>1. <input type="checkbox"/> Oui -&gt; remplir les 2 colonnes suivantes                      2. <input type="checkbox"/> Non -&gt; passer à la ligne suivante                      9. <input type="checkbox"/> Ne sait pas</p>	<p>Taux  _ _  %</p> <p>Ou</p> <p>Entre  _ _  % et  _ _  %</p>	<p> _ _ _ _ </p>
<p><b>...un taux d'incapacité lié à un accident du travail ?</b></p> <p>1. <input type="checkbox"/> Oui -&gt; remplir les 2 colonnes suivantes                      2. <input type="checkbox"/> Non -&gt; passer à la ligne suivante                      9. <input type="checkbox"/> Ne sait pas</p>	<p>Taux  _ _  %</p> <p>Ou</p> <p>Entre  _ _  % et  _ _  %</p>	<p> _ _ _ _ </p>
<p><b>... un taux d'incapacité déterminé par une COTOREP, une CDES ou une MDPH ?</b></p> <p>1. <input type="checkbox"/> Oui -&gt; remplir les 2 colonnes suivantes                      2. <input type="checkbox"/> Non -&gt; passer à la ligne suivante                      9. <input type="checkbox"/> Ne sait pas</p>	<p>Taux  _ _  %</p> <p>Ou</p> <p>Entre  _ _  % et  _ _  %</p>	<p> _ _ _ _ </p>
<p><b>... un taux lié à une pension militaire d'invalidité?</b></p> <p>1. <input type="checkbox"/> Oui -&gt; remplir les 2 colonnes suivantes                      2. <input type="checkbox"/> Non -&gt; passer à la ligne suivante                      9. <input type="checkbox"/> Ne sait pas</p>	<p>Taux  _ _  %</p> <p>Ou</p> <p>Entre  _ _  % et  _ _  %</p>	<p> _ _ _ _ </p>
<p><b>... un taux d'incapacité permanente déterminé par une société d'assurance ?</b></p> <p>1. <input type="checkbox"/> Oui -&gt; remplir les 2 colonnes suivantes                      2. <input type="checkbox"/> Non                      9. <input type="checkbox"/> Ne sait pas</p>	<p>Taux  _ _  %</p> <p>Ou</p> <p>Entre  _ _  % et  _ _  %</p>	<p> _ _ _ _ </p>



**M1. Quel est le montant total de la participation financière à la charge de la personne ? (charge non financée par une aide départementale, la sécurité sociale ou l'aide au logement -APL ou ALS)  
Arrondir à l'euro immédiatement inférieur**

/ / / / / / / / / / euros par

1.  jour  
2.  semaine  
3.  mois

**Que comprend ce tarif ?**

	1. Oui	2. Non	9. Ne sait pas	0. Sans objet pour votre institution
<b>M2A. Tarif d'hébergement et d'entretien (y.c. chambre individuelle)</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>M2B. Tarif dépendance</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>M2C. Forfait journalier hospitalier</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>M2D. Supplément pour animations, activités, sorties particulières etc.</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>M2E. Autres suppléments ou autres types de frais</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Si oui :**  
M2F. **Précisez :** \_\_\_\_\_

**M3. Quelles sont les personnes ou les organismes qui participent au paiement de ces frais ? (plusieurs réponses possibles)**

	1. Oui	2. Non	9. Ne sait pas
<b>La personne elle-même</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Sa famille ou des proches</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Si oui :</b> M4. <b>Percevez-vous directement la participation de la famille ou des proches ?</b> 1. <input type="checkbox"/> Oui 2. <input type="checkbox"/> Non			
<b>Une mutuelle ou une assurance</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Si oui :</b> M5. <b>Percevez-vous directement la participation d'une mutuelle ou d'une assurance ?</b> 1. <input type="checkbox"/> Oui 2. <input type="checkbox"/> Non			
<b>Une autre personne ou un autre organisme</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Si oui :</b> M3A. <b>Précisez qui est cette personne ou cet organisme :</b> _____			
<b>M6. Percevez-vous directement sa participation ?</b> 1. <input type="checkbox"/> Oui 2. <input type="checkbox"/> Non			

Si votre établissement est un MAS, CHRS, établissements psychiatriques => Merci d'avoir répondu à ces questions.

Sinon, merci de compléter :

- l'encadré 1 si votre établissement est une EHPAD, Maison de retraite ou USLD
- l'encadré 2 si votre établissement est un établissement pour adulte handicapé (hors MAS)

<b>Encadré 1. Si votre établissement est une EHPAD, Maison de retraite, USLD :</b>				
R. La personne bénéficie-t-elle de ... ?				
	1. Oui	2. Non	9. Ne sait pas	0. sans objet pour votre institution
R1. l'aide sociale départementale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Si oui :</i> R1A. <i>Percevez-vous directement cette aide ?</i> 1. <input type="checkbox"/> Oui 2. Non <input type="checkbox"/>				
R2. l'aide personnalisée au logement (APL) ou de l'aide au logement sociale (ALS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Si oui :</i> R2A. <i>Percevez-vous directement cette aide ?</i> 1. <input type="checkbox"/> Oui 2. Non <input type="checkbox"/>				

<b>Encadré 2. Si votre établissement est un Etablissement pour adultes handicapés (hors MAS)</b>				
R. La personne bénéficie-t-elle de ... ?				
	1. Oui	2. Non	9. Ne sait pas	0. Sans objet pour votre institution
R1. l'aide sociale départementale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Si oui :</i> R1A. <i>Percevez-vous directement cette aide ?</i> 1. <input type="checkbox"/> Oui 2. Non <input type="checkbox"/>				

Merci d'avoir répondu à ces quelques questions