



Questions sur la mesure de l'équité en santé

Langue

	Quelle est votre langue maternelle?	Obligatoire
	Si votre langue maternelle n'est ni le français ni l'anglais, dans laquelle des langues officielles du Canada vous sentez-vous le plus à l'aise?	Obligatoire
	Avez-vous besoin de services d'interprétation linguistique?	facultative
	Quelle langue préférez utiliser pour communiquer avec votre fournisseur?	Obligatoire
*	Dans quelle langue préféreriez-vous lire des informations sur les soins de santé?	facultative

Identité

	Êtes-vous né(e) au Canada?	Obligatoire
	Sinon, quand êtes-vous arrivé(e)?	Obligatoire
	Dans quel pays êtes-vous né(e)?	Obligatoire
*	Vous identifiez-vous comme membre des Premières Nations, Métis et/ou Inuit?	Obligatoire
	Quelle est votre origine ethnique ou culturelle?	Obligatoire
	Lequel des énoncés suivants décrit le mieux votre groupe racial?	Obligatoire
	Quelle est votre appartenance religieuse ou spirituelle?	facultative

Genre/Orientation sexuelle

	Quel était votre sexe assigné à la naissance?	Obligatoire
	Quelle est votre identité de genre?	Obligatoire
*	Vous identifiez-vous comme transgenre?	Obligatoire
	Quelle(s) catégorie(s) décrivent le mieux votre orientation sexuelle?	Obligatoire

Scolarité /Revenu

	Quel est votre niveau de scolarité actuel?	Obligatoire (facultative pour Santé Ontario)
*	Avez-vous actuellement un emploi?	facultative
*	Êtes-vous actuellement à la recherche d'un emploi?	facultative
*	Votre emploi principal est-il temporaire ou à temps partiel?	facultative
*	Au cours des 12 derniers mois, votre revenu a-t-il fortement fluctué d'un mois à l'autre?	facultative
	Quel était votre revenu familial total avant impôt l'année dernière?	Obligatoire
	Combien de personnes ce revenu soutient-il?	Obligatoire
*	Pensez-vous que votre emploi actuel pourrait être affecté négativement si vous souleviez des préoccupations concernant votre travail?	facultative

Bien-être

	Vous identifiez-vous comme personne vivant avec un handicap?	Obligatoire
	Pourriez-vous bénéficier d'un soutien lié à l'un des troubles suivants?	Obligatoire
	Comment décririez-vous votre sentiment d'appartenance à votre communauté?	Obligatoire (facultative pour Santé Ontario)
	En général, diriez-vous que votre santé physique globale est :	Obligatoire (facultative pour Santé Ontario)
	En général, diriez-vous que votre santé physique mentale est :	Obligatoire (facultative pour Santé Ontario)
*	Y a-t-il des personnes sur lesquelles vous pouvez compter et à qui vous pouvez vous confier?	facultative
*	Y a-t-il des personnes sur lesquelles vous pouvez compter si vous avez besoin d'aide	facultative

Logement

*	Dans quel type de logement vivez-vous actuellement?	Obligatoire (facultative pour Santé Ontario)
	Avec qui vivez-vous?	Obligatoire (facultative pour Santé Ontario)
*	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été dans l'impossibilité de payer votre hypothèque ou votre loyer à temps?	facultative

Besoins primaires

*	Éprouvez-vous actuellement des difficultés à assumer les coûts liés à vos besoins primaires?	Obligatoire
*	Au cours des 12 derniers mois, nous avons éprouvé des inquiétudes à savoir si nous aurions assez de nourriture avant que nous puissions en acheter ou en obtenir davantage	facultative
*	Au cours des 12 derniers mois, la nourriture que nous avons achetée n'a pas été suffisante et nous n'avons pas pu en acheter ou en obtenir davantage	facultative
*	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été dans l'impossibilité de vous procurer des médicaments ou des fournitures médicales, ou avez-vous essayé de les conserver plus longtemps en raison de leur coût?	facultative
*	Au cours des 12 derniers mois, le manque de moyens de transport vous a-t-il empêché(e) d'aller à des rendez-vous médicaux, à des réunions, au travail ou d'obtenir des articles nécessaires à la vie quotidienne?	facultative
*	Avez-vous un accès régulier à un téléphone ou à Internet?	facultative
*	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous omis de payer une facture de services publics en raison de son coût?	facultative

Assurance

	Êtes-vous couvert par l'Assurance-santé de l'Ontario (OHIP)?	
	Si vous n'êtes pas couvert par l'Assurance-santé, quelle est votre situation concernant votre couverture par une assurance?	
	Veillez fournir des détails sur toute assurance complémentaire que vous avez, le cas échéant.	
	Veillez fournir des détails sur tout autre régime d'assurance médicaments par lequel vous êtes couvert, le cas échéant.	