

Immigrant Community Survey - French

L'État de Washington travaille à l'offre de nouvelles options de couverture d'assurance maladie aux immigrés sans papiers. L'Immigrant and Refugee Health (L'Alliance pour la santé des migrants et des réfugiés) souhaite connaître votre expérience en matière d'assurance maladie et de soins de santé. Vos commentaires contribueront à orienter les efforts de l'État en matière de sensibilisation et de souscription lorsque les options de couverture seront disponibles. Vos réponses demeurent anonymes et confidentielles. Nous nous engageons à ne **pas** communiquer ces informations aux services américains de l'immigration et des douanes (US Immigration and Customs Enforcement). Aucune information personnellement identifiable ne vous sera demandée.

1. Si une assurance maladie gratuite ou à faible coût était disponible, quelle serait la probabilité que vous ou les membres de votre famille la souscriviez ?

très probable

neutre

très peu probable

probable

peu probable

2. Qu'est-ce qui pourrait vous empêcher de souscrire une assurance maladie gratuite ou à faible coût ? Les options sont les suivantes :

Je suis préoccupé(e) par le coût.

Je doute de la **valeur** de l'assurance telle qu'elle s'applique à moi/ma famille/ma situation.

Je ne suis pas à l'aise à l'idée de donner mes informations à une entité gouvernementale par crainte d'expulsion.

Il est difficile de comprendre, en l'absence d'aide, les régimes d'assurance et ce qu'ils couvrent.

Il est trop compliqué de souscrire une assurance et je ne bénéficie pas d'aide.

Il est difficile de naviguer sur le site Web de l'assurance en ligne.

Je ne suis pas à l'aise à l'idée de saisir mes informations sur un site Web.

Autre (ajouter).

3. Quelle ressource vous serait la plus utile pour souscrire une assurance maladie ? *Sélectionnez le premier choix.*

Naviguer sur le site Web et soumettre ma demande.

Bénéficier de l'aide pour choisir un régime adapté à mes besoins.

Disposer de descriptions faciles à comprendre de ce que le régime d'assurance maladie couvre.

Bénéficier d'une aide en personne dans ma propre langue.

Bénéficier d'une aide en personne d'une personne issue de ma communauté.

4. Quel est le principal obstacle qui vous empêche de chercher à vous procurer des soins de santé (ce qui comprend les soins médicaux, dentaires et mentaux ainsi que les services de traitement des troubles liés à la consommation de substances) ? *Sélectionnez toutes les réponses pertinentes.*

le manque d'assurance

le coût

l'absence d'un fournisseur de soins de santé habituel

le manque de confiance dans les fournisseurs de soins de santé

la peur d'expulsion

l'absence de moyens de transport

la difficulté à prendre rendez-vous pour recevoir des soins,

l'indisponibilité de rendez-vous en dehors des heures de travail

le manque de temps

la barrière linguistique

autre : ajouter

5. Où recevez-vous actuellement des services de soins de santé ? Indiquez toutes les réponses pertinentes.

salle d'urgence

soins d'urgence

clinique communautaire

clinique gratuite

clinique de santé publique

cabinet d'un fournisseur privé

sans objet

autre : ajouter

6. Quel est votre pays d'origine ? (*cochez toutes les cases pertinentes*)

Afghanistan
Brésil
Canada
Chine
Colombie
République dominicaine
Équateur
Le Salvador
Érythrée
Éthiopie
Ghana
Guatemala
Haïti
Le Honduras
Inde

Kenya
Corée
Mexique
Nicaragua
Nigeria
Pérou
Les Philippines
Russie
Somalie
Ouganda
Ukraine
Venezuela
Viêt Nam
Zimbabwe
Autre : _____

7. Quelle est votre langue préférée ? (cochez toutes les cases pertinentes)

Anglais
Dari
Pachto
Espagnol
Français
Haïtien
Italien
Portugais
Allemand
Yiddish
Grec
Russe
Polonais
Serbo-croate
Ukrainien ou autres langues slaves
Arménien
Persan
Gujarati
Hindou
Ourdou
Pendjabi
Bengali
Népalais, marathi ou autres langues indiennes
Autres langues indo-européennes

Télougou
Tamil
Malayalam, kannada ou autres langues dravidiennes
Chinois (y compris mandarin et cantonais)
Japonais
Coréen
Hmong
Vietnamien
Khmer
Thaï, lao ou autres langues Tai-Kadai
Tagalog (y compris le philippin)
Ilocano, samoan, hawaïen ou autres langues austronésiennes
Navajo
Autres langues autochtones d'Amérique du Nord
Arabe
Hébreu
Amharique, somali ou autres langues afro-asiatiques
Torubu, Twi, Igbo ou autres langues d'Afrique de l'Ouest

Swahili ou autres langues
d'Afrique centrale, orientale et
australe

Autre (ajouter)

8. Y a-t-il autre chose dont vous aimeriez faire part ?

Nous sommes conscients que la question suivante peut vous mettre mal à l'aise. Nous vous la posons parce que nous souhaitons nous assurer d'être en mesure d'interpréter les résultats de cette enquête pour formuler les déclarations les plus précises sur les besoins des immigrés sans papiers. Sachez que vos réponses à l'enquête demeurent confidentielles et ne seront jamais associées à votre personne. Nous nous engageons à ne **pas** communiquer ces informations aux services américains de l'immigration et des douanes (US Immigration and Customs Enforcement).

9. Avez-vous la citoyenneté ?

Oui

Non

10. *Si non*, êtes-vous un résident permanent légal possédant une carte verte ?

Oui

Non