



HA-J0008 - The draft Targeting Tool is used by FAES to identify the most vulnerable beneficiaries eligible for social protection transfers when the SIMAST (social registry of MAST) is not available. This tool will be implemented through Commcare. Operators on the ground from FAES' partner NGOs will collect data using tablets. A score will be calculated through Commcare for each beneficiary, and the most vulnerable will be selected for the operation.

ENREGISTREMENT

1. Informations Générales

PRENOM ET NOM DE L'ENQUÊTEUR *

Le FAES mène une collecte d'information sur les conditions de vie dans votre communauté. L'enquête est rapide et ne devrait pas prendre plus de 15 minutes de votre temps, les informations collectées seront utilisées pour la prise de décisions au profit des ménages vulnérables de la communauté. Vous pouvez refuser mais nous espérons que vous accepterez de participer à cette collecte car vos réponses sont très importantes pour permettre de prendre les meilleures décisions possible. Le fait de prendre votre photo et votre empreinte ne veut pas dire que vous allez automatiquement recevoir l'assistance mais nous aidons à avoir beaucoup plus d'information sur votre ménage. Si vous acceptez de participer à cette enquête cela inclut votre approbation pour la prise de la photo et votre empreinte.

1. Oui

2. Non

DATE DE L'ENQUÊTE

yyyy-mm-dd

NOM DU RÉPONDANT *

PRÉNOM DU RÉPONDANT

1. Informations générales sur le ménage

1. DÉPARTEMENT

2. COMMUNE *

3. SECTION COMMUNALE *

4. LOCALITÉ *

5. ADRESSE *

6. MILIEU DE RÉSIDENCE DU MÉNAGE ET COORDONNÉES GPS

Rural

Urbain

Zone Métropolitaine

latitude (x.y0)

longitude (x.y0)

Altitude (m)

précision (m)

7. PRÉNOM DU CHEF DE MÉNAGE *

8. NOM DU CHEF DE MÉNAGE *

9. SURNOM DU CHEF DE MÉNAGE *

10. SEXE DU CHEF DE MÉNAGE *

1.	Homme
2.	Femme
11. STATUT MATRIMONIAL DU CHEF DE MÉNAGE *	
1.	Marié (e)
2.	Célibataire
3.	Veuf(ve)
4.	Concubinage
5.	Divorcé (e)
12. DATE DE NAISSANCE DU CHEF DE MÉNAGE	
yyyy-mm-dd	
13. ÂGE DU CHEF DE MÉNAGE *	
14. TYPE DE DOCUMENT D'IDENTIFICATION *	
1.	CIN : Carte d'identification Nationale (Dermalogue)
2.	CIN : Carte d'identification Nationale (Ancien format)
3.	NIF: Numéro d'identification Fiscale
4.	Autre
5.	Aucun document
15. LE NUMÉRO D'IDENTIFICATION* <i>Les formats acceptés pour ces champs sont :</i>	
CIN: 00-00-00-00-000000 (Dermalogue),	
CIN: 00-00-00-0000-00-00000 (Ancien format)	
NIF: 000-000-000-0,	
15.1 NOM DE L'AUTRE DOCUMENT	
16. NUMÉRO DE L'AUTRE DOCUMENT	
17. DATE D'EXPIRATION DU DOCUMENT D'IDENTIFICATION	
18. PRENDRE UNE PHOTO/BIOMETRIE DE LA PERSONNE *	
Cliquez ici pour téléverser un fichier.(< 100MB)	
19. POSSEDEZ-VOUS UN NUMÉRO DE TÉLÉPHONE?	
1	Oui
2	Non
19.1. SI NON, AVEZ-VOUS UN CONTACT TELEPHONIQUE D'UN PROCHE AFIN DE VOUS JOINDRE ULTERIEUREMENT ?	
1	Oui
2	Non
19.2. NUMÉRO DE TÉLÉPHONE PERSONNEL?	
<i>*Format du numéro: 00000000</i>	
19.3. NUMÉRO DE TÉLÉPHONE DU PROCHE?	
<i>*Format du numéro: 00000000</i>	
20. VOTRE MÉNAGE A-T-IL REÇU OU (EN COURS) UNE ASSISTANCE AU COURS DE CES 30 DERNIERS JOURS? *	
1	Oui

2	Non
21. AVEZ-VOUS (ou un membre de votre ménage) UN PORTEFEUILLE ÉLECTRONIQUE (E-WALLET)?	
1	Oui -NATCASH
2	Oui -MONCASH
3.	Oui- LAJANCASH
3	Non
21.1 LE PORTEFEUILLE ELECTRONIQUE QUE VOUS DISPOSEZ EST-IL ELARGI ?	
1	Oui
2	Non
II. Autre suppléant du ménage	
22. VOULEZ VOUS DÉSIGNER UN REPRÉSENTANT POUR VOTRE MÉNAGE? *	
1	Oui
2	Non
22.1. PRÉNOM DU SUPPLÉANT DU MÉNAGE *	
22.2. NOM DU BÉNÉFICIAIRE SUPPLÉANT *	
22.3. SURNOM DU SUPPLÉANT DU MÉNAGE	
22.4. SEXE DU SUPPLÉANT DU MÉNAGE *	
1	Homme
2	Femme
22.5. STATUT MATRIMONIAL DUSUPPLÉANT *	
1	Marié (e)
2	Célibataire
3	Veuf(ve)
4	Concubinage
5	Divorcé (e)
22.6. TYPE DE DOCUMENT D'IDENTIFICATION *	
1	CIN : Carte d'identification Nationale (Dermalogue)
2	CIN : Carte d'identification Nationale (Ancien format)
3	NIF: Numéro d'identification Fiscale
4	Autre
5	Aucun document
22.7. LE NUMÉRO D'IDENTIFICATION *	
CIN: 00-00-00-00-000000 (Dermalogue),	
CIN: 00-00-00-0000-00-00000 (Ancien format)	
NIF: 000-000-000-0,	
22.8. NOM DE L'AUTRE DOCUMENT *	
22.9. NUMÉRO DE L'AUTRE DOCUMENT *	
22.10 DATE D'EXPIRATION DU DOCUMENT D'IDENTIFICATION	
yyyy-mm-dd	
22.11. PHOTO/BIOMETRIE DU SUPPLÉANT	

Cliquez ici pour téléverser un fichier. (< 100MB)
22.12. AGE DU SUPPLÉANT DU MÉNAGE
22.13 NUMERO TELEPHONE DU SUPPLEANT
22.14 LE SUPLEANT A T IL UN PORTEFEUILLE ELARGIE
OUI
NON
CIBLAGE
III. Caractéristiques socio-économiques et vulnérabilité démographique du ménage
23. COMBIEN DE PERSONNES AU TOTAL VIVENT DANS LE MÉNAGE?
23.1. COMBIEN DE PERSONNES DE MOINS DE 18 ANS? Si 0 = 0 pts / Si >=1 = 2 pts
23.2 COMBIEN DE PERSONNES DE PLUS DE 65 ANS? Si 0 = 0 pts / Si >=1 = 2 pts
24. QUEL TYPE DE MÉNAGE AVEZ-VOUS?*
1 Ménage monoparental dirigé par un homme: 2 pts
2 Ménage monoparental dirigé par une femme: 2 pts
3 Ménage biparental: 0 pts
25. EXISTE-T-IL UNE PERSONNE EN SITUATION D'HANDICAP DANS LE MENAGE?*
1 Oui, le chef de ménage: 2 pts
2 Oui, un autre membre du ménage: 2 pts
3 Non: 0 pts
26. COMBIEN DE PERSONNES DANS LE MÉNAGE ONT UN EMPLOI ACTUELLEMENT? Si 0 = 2 pts / Si >=1 = 0 pts
Si oui, quel est le montant du revenu mensuel?
27. QUELS TYPES D'EMPLOI? (choix multiple)
1 Salarié (Enseignement - service domestique)
2 Commerçant (vente de nourriture preparee- petit commerce - charbon de bois)
3 Ouvrier sous-traitance (Construction - Journaliers pour des activites non-agricoles -)
4 Autre (Taxi moto - Pêche- Élevage- Agriculture.....)
28. QUELS TYPES D'AIDES FINANCIÈRES VOTRE MENAGE REÇOIT-IL POUR SOUTENIR L'ALIMENTATION ?
1. Transfert du Gvt : 0 pts
2. Transfert d'ONG : 0 pts
3. Transfert de l'étranger: 0 pts
4. Autres: 0 pts
5. Aucun: 2pts
29. DANS VOTRE MÉNAGE, VOUS AVEZ (cocher plusieurs cases possibles)
<input type="checkbox"/> Femmes enceintes : 2 pts
<input type="checkbox"/> Femme allaitantes: 2 pts
<input type="checkbox"/> Veuf/Veuve: 2 pts
<input type="checkbox"/> Enfants de moins de 5 ans: 2 pts

<input type="checkbox"/> Aucune de ces reponses
30. COMBIEN DE FEMMES ENCEINTES (FE) SONT ACTUELLEMENT DANS VOTRE MÉNAGE?
31. COMBIEN DE FEMMES ALLAITANTES (FA) SONT ACTUELLEMENT DANS VOTRE MÉNAGE?
32. COMBIEN D'ENFANTS ÂGÉS DE 0 À 23 MOIS SONT ACTUELLEMENT DANS VOTRE MÉNAGE?
33. COMBIEN D'ENFANTS ÂGÉS DE 23 À 59 MOIS SONT ACTUELLEMENT DANS VOTRE MÉNAGE?
IV. Scolarisation
33. QUEL EST LE NIVEAU DE SCOLARITÉ DU CHEF DE MÉNAGE
1 Aucun: 2 pts
2 Primaire: 1 pts
3 Secondaire: 0 pts
4 Universitaire: 0 pts
5 Technique/Professionnelle: 0 pts
6 Autre: 0 pts
33.1. EST-CE QUE TOUS LES ENFANTS DE 5 ANS À 15 ANS VIVANT DANS LE MÉNAGE VONT À L'ÉCOLE?
1 Oui: 0 pts
2 Non: 2 pts
V. Habitat et conditions de vie
34. QUEL EST LE PRINCIPAL MODE D'APPROVISIONNEMENT DU MÉNAGE EN EAU POTABLE?
1 Robinet (prive dans la maison/prive hors maison/public): 0 pts
2 Puits protégé (creuse/ a pompes): 0 pts
3 Source aménagée: 0 pts
4 Eau de pluie dans une citerne: 0 pts
5 Camion-citerne (eau traitée): 0 pts
6 Bouteilles/ sachet/ gallons eau traite: 0 pts
7 Puits non protégé: 2 pts
8 Sources non aménagées: 2 pts
9 Ruisseau, rivière, mare, canal: 2 pts
10 Autre mode d'approvisionnement: 2 pts
36. QUELS TYPES DE MATÉRIAUX CONSTITUENT LE TOIT DE VOTRE MAISON?
1 Ardoise/Tuile
2 Béton: 0 pts
3 Tôle: 0 pts
4 Bambou/bois/latte: 2 pts
5 Prélat/bach: 2 pts
6 Autre matériaux de récupération: 2 pts
36.1. QUELS TYPES DE MATERIAUX CONSTITUENT LES MURS DE VOTRE MAISON?
1 Bloc (ciment): 0 pts
2 Roche: 0 pts
3 Brique: 0 pts

4	Terre cuite: 2 pts
5	Tôles: 2 pts
6	Autres matériaux de récupération: 2 pts
VARIABLES DE RESULTATS	
VI. Dettes-Epargne/Faim	
37. AU COURS DE CES 30 DERNIERS JOURS, VOUS ARRIVE T IL DE N'AVOIR AUCUN ALIMENT A MANGER A LA MAISON PARCE QUE VOUS N'AVEZ PAS LES MOYENS D'EN ACHETER?	
1	Oui
2	Non
38. AU COURS DE CES 30 DERNIERS JOURS , ÉTIEZ-VOUS OU TOUT MEMBRE DE VOTRE MÉNAGE OBLIGÉ DE DORMIR SANS MANGER LE SOIR PARCE QU'IL N'Y AVAIT PAS ASSEZ DE NOURRITURE ?	
1	Oui
2	Non
39. AU COURS DE CES 30 DERNIERS JOURS, AVEZ-VOUS OU TOUT MEMBRE DE VOTRE MÉNAGE DEJA REDUIT VOTRE PORTION OU SAUTE DE REPAS PARCE QU'IL N'Y A PAS ASSEZ D'ARGENT POUR LA NOURRITURE ?	
1	Oui
2	Non
40. AU COURS DE CES 30 DERNIERS JOURS, AVEZ-VOUS OU VOTRE MENAGE A EU RECOURS A DES DETTES ?	
1	Oui
2	Non
Si Oui, combien de Gourdes	
41. EST-CE QUE VOTRE MENAGE A ACTUELLEMENT DES ÉCONOMIES SUFFISANTES POUR RÉPONDRE AUX BESOINS DE BASE EN CAS DE NÉCESSITÉ?	
Si Oui, combien de Gourdes?	
42. AU COURS DE CES 30 DERNIERS JOURS, COMBIEN DE REPAS LES MEMBRES DE VOTRE MÉNAGE ONT PRIS HABITUELLEMENT ?	
CASH FOR WORK	
43. Pensez-vous que votre ménage, ses biens et ses capacités de production (maison, champs, équipements, etc.) sont protégés contre les inondations et la sécheresse ?	
Oui	
Partiellement	
Non	
44. Est ce que vous et/ou les membres de votre ménage peut accéder aux marchés et aux services de base tels que l'eau, l'assainissement, la santé, l'éducation, etc. ?	
Pas du tout	
Parfois	

Toujours
45. Comment évalueriez-vous la qualité de votre environnement naturel, y compris les espaces végétaux, la flore, le niveau d'érosion ou d'envasement, etc. ?
Dégradée
Bonne
Excellente
46. Sentez vous que votre ménage est préparé à tout événement / choc climatique futur (sécheresse, inondation, cyclone...) qui pourrait survenir dans votre région ?
Pas d'accord
Ni d'accord ni pas d'accord
D'accord
SANTE
47. EST CE QUE VOUS OU UN MEMBRE DE VOTRE MENAGE SOUFFRE D'UNE MALADIE CES SIX DERNIERS MOIS?
47.1. Si oui, quelle type de maladie?
Maladie Chronique (Daibète, Hypertension etc...)
Maladie Infectueuse (TB, VIH ect....)
Maladie Epidemiologique (Colera, Corona, Fievre dengue, Diarée etc...)
47.2 Quel est le statut du patient?
1. Toujours malade
2. Sous traitement
3. Guéri
48. EST CE QUE VOUS OU LE MEMBRE DE VOTRE MENAGE QUI EST MALADE EST PRIS EN CHARGE PAR UNE INSTITUTION DE SANTE?
49. EST CE QUE LES SOINS DE SANTE RECUS DE CETTE INSTITUTION DE SANTÉ SONT GRATUITS ?
1. Oui totalement
2. Oui partiellement
3. Non
50. EST CE QUE CETTE MALADIE AFFECTE LE BUDGET DU MENAGE?
50.1. Si oui, quelle proportion? (Reponse en %)
ENFIN, MERCI D'AVOIR CONTRIBUE A LA COLLECTE DE CES DONNEES