

**CAHPS® Health Plan Health Literacy Item Set Field Test  
Pre-notification Letter, Cover Letter, Reminder Post Card, Reminder Letter and  
Telephone Introductory Script**

**[English Version]**

## Advance Notification Letter

DATE

FIRST AND LAST NAME  
LINE ONE OF ADDRESS  
LINE TWO OF ADDRESS (IF ANY)  
CITY, STATE ZIP

Dear {Mr./Ms.} [LAST NAME]

We need your help. We are conducting a survey that asks about the care and services you got through [NAME OF HEALTH PLAN]. This survey will be used to improve the quality of services you get through [HEALTH PLAN].

The RAND Corporation will mail you a copy of the survey soon. The survey will take only 25 minutes. We hope you will take the time to answer these questions.

We will keep the information that you provide private and confidential. The only people allowed to see your answers will be the people who work on the survey. [HEALTH PLAN] will not see your answers. When we share the survey results we will not include your name. We will do our best to make sure no one knows you were part of the survey. **You may choose to fill out the survey or not. If you choose not to, this will not change the benefits or the health care you get.**

We hope you will take this chance to help [HEALTH PLAN] serve you better. If you do **not** want to take part in the survey, please call the number below so we know not to contact you again.

If you have any questions, please call [CONTACT NAME] at (XXX) [XXX-XXXX]. All calls to this number are free. Thanks in advance for your help!

Sincerely,

[NAME OF PERSON REPRESENTING SPONSOR]

**Initial Letter (mailed with first survey)**

DATE

FIRST AND LAST NAME  
LINE ONE OF ADDRESS  
LINE TWO OF ADDRESS (IF ANY)  
CITY, STATE ZIP

Dear {Mr./Ms.} [LAST NAME]

**We need your help.** We are conducting a survey that asks about the care and services you got through [NAME OF HEALTH PLAN]. This survey will be used to improve the quality of services you get through [HEALTH PLAN].

The survey that came with this letter will only take about 25 minutes. The information you give will help improve the quality of care and services you get from [HEALTH PLAN].

We will keep the information that you provide private and confidential. The only people allowed to see your answers will be the people who work on the survey. [HEALTH PLAN] will not see your answers. When we share the survey results we will not include your name. We will do our best to make sure no one knows you were part of the survey. **You may choose to fill out the survey or not. If you choose not to, this will not change the benefits or the health care you get.**

We hope you will take this chance to help [HEALTH PLAN] serve you better. If you do **not** want to take part in the survey, please call the number below so we know not to contact you again.

If you have any questions, please call [CONTACT NAME] at (XXX) [XXX-XXXX]. All calls to this number are free. Thanks in advance for your help!

Sincerely,

Beverly Weidmer O.  
Survey Director

*Nota: Si quiere una encuesta en español, por favor llame al (XXX) [XXX-XXXX]*

**First Reminder (4 x 6 Postcard)– Mail 2 weeks after mailing of first survey**

[NAME OF SURVEY]

Hello!

Recently we sent you a survey asking about your experiences with [HEALTH PLAN]. The survey only takes 25 minutes. Your answers will help us improve the health care and services provided by [HEALTH PLAN].

After you have completed the survey, please mail it back in the envelope that came with it. If you have already filled out the survey and mailed it back, then thank you!

**If you did not get the survey or if you lost it**, please call [CONTACT NAME] toll-free at (XXX) [XXX-XXXX], and we'll send you another one. You can also call that number if you have any questions.

THANK YOU!

Beverly Weidmer  
Survey Director

**Second reminder; mail with survey two weeks after mailing of reminder post card**

DATE

FIRST AND LAST NAME  
LINE ONE OF ADDRESS  
LINE TWO OF ADDRESS (IF ANY)  
CITY, STATE ZIP

Dear {Mr./Ms.} [LAST NAME]

**We need your help.** Recently, we sent you a survey about the care and services you got through [HEALTH PLAN]. If you have already filled out the survey and sent it back, we thank you. If you have not, please take a few minutes now to fill it out. The survey will only take 25 minutes. We hope you will take the time to answer these questions. This survey will be used to improve the quality of services you get through [HEALTH PLAN].

We will keep the information that you provide private and confidential. The only people allowed to see your answers will be the people who work on the survey. [HEALTH PLAN] will not see your answers. When we share the survey results we will not include your name. We will do our best to make sure no one knows you were part of the survey. **You may choose to fill out the survey or not. If you choose not to, this will not change the benefits or the health care you get.**

We hope you will take this chance to help [HEALTH PLAN] serve you better. If you do **not** want to take part in the survey, please call the number below so we know not to contact you again.

If you have any questions or need another copy of the survey, please call [CONTACT NAME] at (XXX) [XXX-XXXX]. All calls to this number are free. Thanks in advance for your help!

Sincerely,

Beverly Weidmer O.  
Survey Director  
RAND Corporation

*Nota: Si quiere una encuesta en español, por favor llame al (XXX) [XXX-XXXX].*

## English Telephone Script

**Hello, this is {INTERVIEWER NAME} calling from the [DATA COLLECTION VENDOR NAME]. May I please speak to {SAMPLE MEMBER'S NAME}?**

[IF SPEAKING WITH SAMPLE MEMBER, GO TO INTRO1.]

[IF SAMPLE MEMBER IS NOT AVAILABLE, GO TO INTRO2.]

**INTRO1. The RAND Corporation is conducting a study to learn about your experiences with {HEALTH PLAN}. The results of this study will be used to help {HEALTH PLAN NAME} improve the quality of care and services it provides to patients like you.**

[GO TO CONSENT STATEMENT BELOW]

**INTRO2. [SCHEDULE TIME TO CALL BACK:]**

**Can you tell me a convenient time to call back to speak with (him/her)?**

[RECORD CALLBACK TIME ON CALL RECORD [IF CATI, ENTER ON CALLBACK/APPOINTMENT SCREEN).]

### [CONSENT STATEMENTS]

**We recently sent you a short survey that asked about your experiences the care and services you received from [HEALTH PLAN NAME]. I'm calling because we still have not received your survey and wanted to give you an opportunity to do the survey by phone. Just in case you didn't receive the survey, let me tell you a little about the study before we continue. We have randomly selected you and other people to represent all the people who are enrolled with HEALTH PLAN. Your answers are very important to our study.**

**You may choose to do this survey interview or not – it is up to you to decide. Whether you decide to do the survey or not, the health care you receive will not be affected. If you do choose to take part, your answers will be kept private. Your doctors and nurses will never know how you answered. The questions should take about 25 minutes to answer.\***

**I will ask about the health care and services you have received from HEALTH PLAN in the last 12 months and how you feel about [HEALTH PLAN]. Other people who are enrolled with [HEALTH PLAN] are also being asked to take part in this survey. [HEALTH PLAN NAME] will use this information to learn how well they have been doing in serving their patients, and how they can improve the quality of care they provide.**

**I'd like to begin the survey now, but before we begin, do you have any questions?**

[ANSWER ANY QUESTIONS, THEN GO TO QUESTION 1.]

[IF SAMPLE MEMBER DOES NOT HAVE TIME TO PARTICIPATE IN INTERVIEW NOW, GO TO CALL BACK SCREEN AND ARRANGE AN APPOINTMENT TO CALL BACK.]

**CAHPS® Health Plan Health Literacy Item Set Field Test**

**Pre-notification Letter, Cover Letter, Reminder Post Card, Reminder Letter and  
Telephone Introductory Script**

**[Spanish Version]**

**Advance Notification Letter**

---



DATE

FIRST AND LAST NAME  
LINE ONE OF ADDRESS  
LINE TWO OF ADDRESS (IF ANY)  
CITY, STATE ZIP

Estimado/a {Mr./Ms.} [LAST NAME]:

**¡Necesitamos su ayuda!** Estamos llevando a cabo una encuesta sobre la atención médica y los servicios que recibió cuando a través de [NAME OF HEALTH PLAN]. Esta encuesta se va a usar para mejorar la calidad de los servicios que recibe a través de [HEALTH PLAN].

La Corporación RAND le va a mandar un cuestionario por correo en unos cuantos días. Llenar el cuestionario solo toma unos 25 minutos. Esperamos que se tome el tiempo de contestar las preguntas.

Vamos a mantener la información que proporcione privada y confidencial. Las únicas personas que podrán ver sus respuestas son las personas que están trabajando en la encuesta. [HEALTH PLAN] no verá sus respuestas. Cuando reportemos los resultados de la encuesta, no vamos a incluir su nombre. Haremos todo lo posible para asegurar que nadie sepa que fue parte de la encuesta. **Usted puede decidir si quiere llenar la encuesta o no. Si decide no hacerlo, no va a afectar los beneficios o la atención médica que recibe.**

Esperamos que tome esta oportunidad de ayudarle a [HEALTH PLAN] a servirle mejor. Si no quiere participar en la encuesta, por favor llame al número de teléfono que aparece a continuación para que no nos pongamos en contacto con usted de nuevo.

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a [CONTACT NAME] al (XXX) [XXX-XXXX]. La llamada es gratis. De antemano, ¡muchas gracias por su ayuda!

Atentamente,

[NAME OF PERSON REPRESENTING SPONSOR]

**Initial Letter (mailed with first survey)**

---

FIRST AND LAST NAME LINE ONE OF ADDRESS LINE TWO OF ADDRESS (IF ANY) CITY, STATE ZIP	DATE
<p>Estimado/a {Mr./Ms.} [LAST NAME]:</p> <p><b>¡Necesitamos su ayuda!</b> Estamos llevando a cabo una encuesta sobre la atención médica y los servicios que recibió cuando a través de [NAME OF HEALTH PLAN]. Esta encuesta se va a usar para mejorar la calidad de los servicios que recibe a través de [HEALTH PLAN].</p> <p>Llenar el cuestionario que vino con esta carta solo toma unos 25 minutos. La información que de ayudará a mejorar la calidad de la atención médica y los servicios que recibe de [HEALTH PLAN].</p> <p>Vamos a mantener la información que proporcione privada y confidencial. Las únicas personas que podrán ver sus respuestas son las personas que están trabajando en la encuesta. [HEALTH PLAN] no verá sus respuestas. Cuando reportemos los resultados de la encuesta, no vamos a incluir su nombre. Haremos todo lo posible para asegurar que nadie sepa que fue parte de la encuesta. <b>Usted puede decidir si quiere llenar la encuesta o no. Si decide no hacerlo, no va a afectar los beneficios o la atención médica que recibe.</b></p> <p>Esperamos que tome esta oportunidad de ayudarle a [HEALTH PLAN] a servirle mejor. Si <b>no</b> quiere participar en la encuesta, por favor llame al número de teléfono que aparece a continuación para que no nos pongamos en contacto con usted de nuevo.</p> <p>Si tiene alguna pregunta, por favor llame a [CONTACT NAME] al (XXX) [XXX-XXXX]. La llamada es gratis. De antemano, ¡muchas gracias por su ayuda!</p> <p>Atentamente,</p>  <p>Beverly Weidmer O. Directora de la encuesta</p>	

**First Reminder (4 x 6 Postcard)– Mail 2 weeks after mailing of first survey**

[NAME OF SURVEY]

¡Hola!

Hace poco le enviamos un cuestionario sobre sus experiencias con [HEALTH PLAN]. Solo le va a tomar unos 25 minutos llenar el cuestionario. Sus respuestas nos ayudarán a mejorar la atención médica y los servicios de salud que recibe de [HEALTH PLAN].

Una vez que haya llenado el cuestionario, por favor mándenlo por correo en el sobre con el porte o franqueo pagado que venía con la encuesta. Si ya envió su cuestionario completado, ¡muchas gracias!

**Si no recibió el cuestionario o si lo perdió**, por favor llame a {CONTACT NAME} al (XXX) {XXX-XXXX} y le mandaremos otro. También puede llamar a este número si tiene alguna pregunta.

¡GRACIAS!

Beverly Weidmer  
Directora de la encuesta

**Second reminder; mail with survey two weeks after mailing of reminder post card**

DATE

FIRST AND LAST NAME  
LINE ONE OF ADDRESS  
LINE TWO OF ADDRESS (IF ANY)  
CITY, STATE ZIP

Estimado/a {Mr./Ms.} [LAST NAME]:

**¡Necesitamos su ayuda!** Recientemente le mandamos una encuesta sobre la atención médica y los servicios que recibió cuando a través de [NAME OF HEALTH PLAN]. Si ya nos mandó su encuesta completada, muchas gracias. Si no la ha mandado, por favor tome unos minutos para llenarla. Llenar el cuestionario solo toma unos 25 minutos. Esperamos que se tome el tiempo de llenar el cuestionario. La encuesta se va a usar para mejorar la calidad de la atención médica y los servicios que recibe de [HEALTH PLAN].

Vamos a mantener la información que proporcione privada y confidencial. Las únicas personas que podrán ver sus respuestas son las personas que están trabajando en la encuesta. [HEALTH PLAN] no verá sus respuestas. Cuando reportemos los resultados de la encuesta, no vamos a incluir su nombre. Haremos todo lo posible para asegurar que nadie sepa que fue parte de la encuesta. **Usted puede decidir si quiere llenar la encuesta o no. Si decide no hacerlo, no va a afectar los beneficios o la atención médica que recibe.**

Esperamos que tome esta oportunidad de ayudarle a [HEALTH PLAN] a servirle mejor. Si **no** quiere participar en la encuesta, por favor llame al número de teléfono que aparece a continuación para que no nos pongamos en contacto con usted de nuevo.

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a [CONTACT NAME] al (XXX) [XXX-XXXX]. La llamada es gratis. De antemano, ¡muchas gracias por su ayuda!

Atentamente,

Beverly Weidmer O.  
Directora de la encuesta

## **Spanish Telephone Script**

**Buenos días/tardes/noches, me llamo {INTERVIEWER NAME} y estoy llamando de [DATA COLLECTION VENDOR NAME]. ¿Me permite hablar con {SAMPLE MEMBER'S NAME} por favor?**

[IF SPEAKING WITH SAMPLE MEMBER, GO TO INTRO1.]

[IF SAMPLE MEMBER IS NOT AVAILABLE, GO TO INTRO2.]

**INTRO1. La Corporación RAND está llevando a cabo una encuesta sobre sus experiencias con {HEALTH PLAN}. Los resultados de este estudio se van a utilizar para ayudarle a {HEALTH PLAN} a mejorar la calidad de los servicios de salud que le ofrece a las personas como usted.**

[GO TO CONSENT STATEMENT BELOW]

**INTRO2. [SCHEDULE TIME TO CALL BACK:]**

**¿Cuál sería el mejor momento para llamarle de nuevo?**

[RECORD CALLBACK TIME ON CALL RECORD [IF CATI, ENTER ON CALLBACK/APPOINTMENT SCREEN).]

[CONSENT STATEMENTS]

**Recientemente le enviamos un cuestionario sobre sus experiencias con la atención médica y los servicios que recibe de [HEALTH PLAN]. Le estoy llamando porque todavía no hemos recibido su cuestionario y le quería dar la oportunidad de completar la encuesta por teléfono. En caso de que no haya recibido la encuesta, me gustaría darle un poco más de información sobre el estudio antes de continuar. Usted y otras personas fueron seleccionados al azar (como en una lotería) para representar a la gente que esta inscrita con {HEALTH PLAN}. Sus respuestas son muy importantes para el estudio.**

**Usted puede decidir si quiere participar en la encuesta o no. Es su decisión. Ya sea si decide participar o no en la encuesta, esto no va a afectar la atención médica que recibe. Si decide participar, sus respuestas serán privadas y confidenciales. Sus doctores y enfermeras jamás van a saber lo que usted contestó. Las preguntas toman unos 25 minutos.**

**Le voy a hacer preguntas sobre la atención médica y los servicios que recibió de {HEALTH PLAN} en los últimos 12 meses y sobre su opinión sobre {HEALTH PLAN}. A otras personas que estuvieron internadas en [HEALTH PLAN] también se les van a hacer estas mismas preguntas. [HEALTH PLAN] va a utilizar esta información para evaluar la calidad de la atención que le están ofreciendo a sus pacientes y para ver como pueden mejorar la atención y los servicios de salud que ofrecen.**

**Me gustaría empezar la encuesta ahora pero antes de empezar, ¿tiene usted alguna pregunta sobre la encuesta?**

[ANSWER ANY QUESTIONS, THEN GO TO QUESTION 1.]

[IF SAMPLE MEMBER DOES NOT HAVE TIME TO PARTICIPATE IN INTERVIEW NOW, GO TO CALL BACK SCREEN AND ARRANGE AN APPOINTMENT TO CALL BACK.]