

**Attachment D:
ICH CAHPS Cover Letter for National Implementation (English
and Spanish)**

[This page intentionally left blank.]

[DATE]
[VENDOR NAME]
[ADDRESS 1]
[ADDRESS 2]
[CITY, STATE ZIP]

[PATIENT NAME]
[ADDRESS]
[CITY, STATE ZIP]

Nota: Si le gustaría recibir una copia de la encuesta en español, por favor llame gratis a [VENDOR DESIGNATE] de [SURVEY VENDOR NAME] al 1-xxx- xxx-xxxx de lunes a viernes entre [XX:XX] a.m. y [XX:XX] p.m.

Dear [PATIENT NAME]:

[FACILITY NAME] is taking part in a national survey intended to find out more about the quality of care that you and other in-center hemodialysis patients receive. The Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS), the agency that runs Medicare, pays for the majority of dialysis care in this country. As part of a government effort to make sure that people on dialysis get high quality care, [VENDOR NAME], on behalf of your dialysis center, is conducting a survey to capture the quality of care you are receiving. Your name was randomly selected from Medicare records. Results from this survey will be used to help people make more informed decisions when choosing an in-center hemodialysis facility.

All information you provide will be held in confidence and is protected by the Privacy Act. Your information will not be shared with anyone other than authorized persons at CMS and RTI, an organization assisting us in this survey. **You do not have to participate in this survey. Your help is voluntary, and your decision to participate or not to participate will not affect your health benefits in any way.** However, your knowledge and experiences will help other people with Medicare make more informed choices about their health care.

The enclosed questionnaire asks for your opinions about the care you receive at your dialysis facility. Please take a few minutes to complete and return the questionnaire in the enclosed, postage-paid envelope. If you need help reading or answering the questions, please ask a family member or friend for help. But please do not have them answer the questions for you; it is important that you give your own opinions about the dialysis care you receive. Also, please do not ask anyone from [FACILITY NAME] for help when completing the survey.

If you have any questions about this survey or wish to receive the survey in Spanish, please call [VENDOR] toll free at [1-XXX-XXX-XX XX]. Thank you in advance for your participation.

Sincerely,

[Vendor Personnel Name]
[Title]

According to the Paperwork Reduction Act of 1995, no persons are required to respond to a collection of information unless it displays a valid OMB control number. The valid OMB control number for this information collection is 0938-0926. The time required to complete this information collection is estimated to average 16 minutes per response, including the time to review instructions, search existing data resources, gather the data needed, and complete and review the information collection. If you have any comments concerning the accuracy of the time

Mode Experiment Cover Letter 2 - Spanish

estimate(s) or suggestions for improving this form, please write to: CMS, Attn: PRA Reports Clearance Officer, 7500 Security Boulevard, Baltimore, Maryland 21244-1850

[DATE]

[VENDOR NAME]

[ADDRESS 1]

[ADDRESS 2]

[CITY, STATE ZIP]

[PATIENT NAME]

[ADDRESS]

[CITY, STATE ZIP]

Estimado(a) [PATIENT NAME]:

[FACILITY NAME] está tomando parte en una encuesta nacional cuyo objetivo es saber más acerca de la calidad de la atención médica que reciben usted y otros pacientes en los centros de hemodiálisis. La agencia encargada de administrar el programa de Medicare, Centros de Medicare y Servicios de Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés), paga la mayor parte del cuidado de diálisis en este país. Como parte de los esfuerzos del gobierno para asegurar que las personas que reciben diálisis obtengan atención médica de alta calidad, [VENDOR NAME] está realizando una encuesta a nombre de su centro de diálisis sobre la calidad de la atención que usted recibe. Su nombre fue seleccionado al azar de los registros de Medicare. Los resultados de esta encuesta se usarán para ayudar a las personas a tomar decisiones más informadas al seleccionar un centro de hemodiálisis.

Toda la información que usted proporcione se mantendrá confidencial y estará protegida por la Ley de privacidad. Su información no se compartirá con ninguna persona que no sea parte del personal autorizado de CMS y de RTI, la organización que nos está ayudando con esta encuesta. **Usted no tiene que participar en esta encuesta. Su ayuda es voluntaria y su decisión de participar o no participar no afectará sus beneficios médicos de ninguna manera.** Sin embargo, su conocimiento y sus experiencias ayudarán a otras personas que reciben Medicare a tomar decisiones más informadas con respecto a las opciones que tienen para su atención médica.

El cuestionario adjunto le pide sus opiniones sobre la atención que recibe en su centro de diálisis. Por favor, tome unos minutos para completar y devolver el cuestionario en el sobre con franqueo postal prepago que adjuntamos. Si necesita ayuda para leer o contestar las preguntas, por favor, pida ayuda a un miembro de su familia o a una amistad. Pero por favor, no permita que ellos respondan las preguntas por usted; es importante que usted dé sus propias opiniones sobre la atención de diálisis que recibe. Asimismo, por favor, no le pida a nadie de [FACILITY NAME] que le ayude a completar la encuesta.

Si tiene preguntas sobre la encuesta o si prefiere recibir la misma en español, por favor llame gratuitamente a [VENDOR] al [1-XXX-XXX-XX XX]. Le agradecemos de antemano por su participación.

Atentamente,

[Vendor Personnel Name]

[Title]

De acuerdo a la Ley de Reducción de Trabajo Administrativo de 1995 (Paperwork Reduction Act of 1995), ninguna persona tiene la obligación de responder a un cuestionario que solicite información, a menos que lleve un número de control de OMB (Oficina de Administración y Presupuesto) válido. El número de control OMB válido para este cuestionario es 0938-0926. Se estima que el tiempo promedio necesario para completar este cuestionario es de 16 minutos por respuesta, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, buscar en las fuentes de datos existentes, recopilar los datos necesarios, completar y revisar la información recopilada. Si tiene algún comentario sobre la exactitud del tiempo estimado o sugerencias para mejorar este formulario, por favor escriba a: CMS, Attn: PRA Reports Clearance Officer, 7500 Security Boulevard, Baltimore, Maryland 21244-1850.

DATE

[VENDOR NAME]
[ADDRESS 1]
[ADDRESS 2]
[CITY, STATE ZIP]

[PATIENT NAME]
[ADDRESS]
[CITY, STATE ZIP]

Nota: Si le gustaría recibir una copia de la encuesta en español, por favor llame gratis a [VENDOR DESIGNATE] de [SURVEY VENDOR NAME] al 1-xxx- xxx-xxxx de lunes a viernes entre XX:XX a.m. y XX:XX p.m.

Dear [PATIENT NAME]:

[FACILITY NAME] is taking part in a national survey intended to find out more about the quality of care that you and other in-center hemodialysis patients receive. The Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS), the agency that runs Medicare, pays for the majority of dialysis care in this country. As part of a government effort to make sure that people on dialysis get high quality care, [VENDOR NAME], on behalf of your dialysis center, is conducting a survey to capture the quality of care you are receiving. Your name was randomly selected from Medicare records. Results from this survey will be used to help people make more informed decisions when choosing an in-center hemodialysis facility.

Recently we sent you a letter asking for your help with this survey. If you have already returned the survey, thank you for completing it. If you have not completed the survey, please take a few moments to complete and return it in the enclosed postage-paid envelope.

All information you provide will be held in confidence and is protected by the Privacy Act. It will not be shared with anyone other than authorized persons at Medicare and RTI, an organization assisting us in this survey. **You do not have to participate in this survey. Your help is voluntary, and your decision to participate or not to participate will not affect your health benefits in any way.** However, your knowledge and experiences will help other people with Medicare make more informed choices about their health care, so we hope you will choose to help us.

If you need help reading or answering the questions, please ask a family member or friend for help. But please do not have them answer the questions for you; it is important that you give your own opinions about the dialysis care you receive. Also, please do not ask anyone from [FACILITY NAME] for help when completing the survey.

If you have any questions about this survey or wish to receive the survey in Spanish, please call [VENDOR NAME] toll free at [1-XXX-XXX-XXXX]. Thank you.

Sincerely,

[Vendor Personnel Name]
[Title]

According to the Paperwork Reduction Act of 1995, no persons are required to respond to a collection of information unless it displays a valid OMB control number. The valid OMB control number for this information collection is 0938-0926. The time required to complete this information collection is estimated to average 16 minutes per response, including the time to review instructions, search existing data resources, gather the data needed, and complete and review the information collection. If you have any comments concerning the accuracy of the time estimate(s) or suggestions for improving this form, please write to: CMS, Attn: PRA Reports Clearance Officer, 7500 Security Boulevard, Baltimore, Maryland 21244-1850

DATE

[VENDOR NAME]
[ADDRESS 1]
[ADDRESS 2]
[CITY, STATE ZIP]

[PATIENT NAME]
[ADDRESS]
[CITY, STATE ZIP]

Estimado(a) [PATIENT NAME]:

[FACILITY NAME] está tomando parte en una encuesta nacional cuyo objetivo es saber más acerca de la calidad de la atención médica que reciben usted y otros pacientes en los centros de hemodiálisis. La agencia encargada de administrar el programa de Medicare, Centros de Medicare y Servicios de Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés), paga la mayor parte del cuidado de diálisis en este país. Como parte de los esfuerzos del gobierno para asegurar que las personas que reciben diálisis obtengan atención médica de alta calidad, [VENDOR NAME] está realizando una encuesta a nombre de su centro de diálisis sobre la calidad de la atención que usted recibe. Su nombre fue seleccionado al azar de los registros de Medicare. Los resultados de esta encuesta se usarán para ayudar a las personas a tomar decisiones más informadas al seleccionar un centro de hemodiálisis.

Hace poco le enviamos una carta pidiéndole su ayuda con esta encuesta. Si ya devolvió la encuesta, le agradecemos por completarla. Si no la ha completado, por favor, tome unos minutos para completarla y devolverla en el sobre con franqueo postal prepagado que adjuntamos.

Toda la información que usted proporcione se mantendrá confidencial y estará protegida por la Ley de privacidad. Su información no se compartirá con ninguna persona que no sea parte del personal autorizado de CMS y de RTI, la organización de estudios que nos está ayudando a realizar esta encuesta. **Usted no tiene que participar en esta encuesta. Su ayuda es voluntaria y su decisión de participar o no participar no afectará sus beneficios médicos de ninguna manera.** Sin embargo, su conocimiento y sus experiencias ayudarán a otras personas que reciben Medicare a tomar decisiones más informadas con respecto a las opciones que tienen para su atención médica, por lo que esperamos que decida ayudarnos.

Si necesita ayuda para leer o contestar las preguntas, pida ayuda a un miembro de su familia o una amistad. Pero por favor, no permita que respondan las preguntas por usted; es importante que usted dé sus propias opiniones sobre la atención de diálisis que recibe. Asimismo, no le pida a nadie de [FACILITY NAME] que le ayude a completar la encuesta.

Si tiene preguntas sobre la encuesta o si prefiere recibir la misma en español, por favor llame gratuitamente a [VENDOR NAME] al [1-XXX-XXX-XXXX]. Gracias

Atentamente,

[Vendor Personnel Name]
[Title]

De acuerdo a la Ley de Reducción de Trabajo Administrativo de 1995 (Paperwork Reduction Act of 1995), ninguna persona tiene la obligación de responder a un cuestionario que solicite información, a menos que lleve un número de control de OMB (Oficina de Administración y Presupuesto) válido. El número de control OMB válido para este cuestionario es 0938-0926. Se estima que el tiempo promedio necesario para completar este cuestionario es de 16 minutos por respuesta, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, buscar en las fuentes de datos existentes, recopilar los datos necesarios, completar y revisar la información recopilada. Si tiene algún comentario sobre la exactitud del tiempo estimado o sugerencias para mejorar este formulario, por favor escriba a: CMS, Attn: PRA Reports Clearance Officer, 7500 Security Boulevard, Baltimore, Maryland 21244-1850.