

**Attachment F:
ICH CAHPS Pre-Notification Letters for National
Implementation (English and Spanish)**

[This page intentionally left blank.]

DEPARTMENT OF HEALTH & HUMAN SERVICES
Centers for Medicare & Medicaid Services
7500 Security Boulevard, Mail Stop S2-24-25
Baltimore, Maryland 21244-1850



CMS Privacy Office

DATE

Dear Sir or Madam:

Medicare believes that you deserve to receive the highest quality of medical care when you need it, and from healthcare providers whom you trust. As part of our effort to make sure that people on dialysis get high quality care, Medicare is conducting a survey of hemodialysis patients who get their care at dialysis centers. The purpose of the survey is to find out directly from you about the care you are receiving at your dialysis center.

Within the next few days, you will be contacted by mail or telephone with a survey asking about your experience with your dialysis center. The survey is called the In-Center Hemodialysis CAHPS[®] survey. Most people find it takes less than 20 minutes to answer the questions.

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 CMS and RTI, the survey research 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.

Your name was selected at random from a list of hemodialysis patients at dialysis facilities across the country. By answering these questions, you will help us learn about the quality of care that in-center hemodialysis patients receive.

We hope you will take this chance to tell us about your dialysis care. If you have any questions about the survey, or if you prefer to receive the survey in Spanish, please call VENDOR NAME at 1-XXX-XXX-XXXX.

Thank you in advance for your help!

Sincerely,

Walter Stone
CMS Privacy Officer

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.

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

DEPARTMENT OF HEALTH & HUMAN SERVICES
Centers for Medicare & Medicaid Services
7500 Security Boulevard, Mail Stop S2-24-25
Baltimore, Maryland 21244-1850



CMS Privacy Office

DATE

Estimado señor o señora:

Medicare considera que usted merece recibir atención médica de alta calidad cuando la necesita, y de proveedores en los que pueda confiar. Como parte de nuestros esfuerzos para asegurar que las personas que reciben diálisis estén obteniendo atención médica de alta calidad, Medicare está realizando una encuesta de pacientes de hemodiálisis que obtienen atención en centros de diálisis. El objetivo de la encuesta es saber directamente de usted sobre la atención que recibe en su centro de diálisis.

En pocos días nos comunicaremos con usted por correo o por teléfono con una encuesta que le preguntará sobre sus experiencias con el centro de diálisis. La encuesta se llama Encuesta CAHPS® de Centros de Hemodiálisis. A la mayoría de las personas les toma menos de 20 minutos responder las preguntas.

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 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, por lo que esperamos que decida ayudarnos.

Su nombre fue seleccionado al azar de una lista de pacientes de hemodiálisis en centros de diálisis de todo el país. Al responder estas preguntas, usted nos ayudará a saber sobre la calidad de la atención que reciben los pacientes en los centros de hemodiálisis.

Esperamos que aproveche esta oportunidad para informarnos sobre la atención de su diálisis. Si tiene preguntas sobre la encuesta o si prefiere recibir la misma en español, por favor llame a VENDOR NAME al 1-XXX-XXX-XXXX.

Le agradecemos de antemano por su ayuda en esta encuesta.

Atentamente,

Walter Stone
Funcionario de Privacidad de CMS

Nota: Si desea recibir una copia de la encuesta en español, por favor llame gratuitamente 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.

De acuerdo a la Ley de Reducción de Trabajo Administrativo de 1995 (Paperwork Reduction Act of 1995), ninguna persona tiene la obligación de reDe 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.