

**Attachment D:
ICH CAHPS Cover Letter for Mode Experiment (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
PATIENT NAME
ADDRESS
CITY, STATE ZIP

Dear NAME:

[Facility Name] is taking part in a national survey conducted by the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS). CMS is the federal agency that runs the Medicare program and we pay for the majority of dialysis care in this country. This survey is intended to find out more about the quality of care that you and other in-center hemodialysis patients receive. 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, 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 Medicare 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 RTI toll-free at 1-866-245-8083. Thank you in advance for your participation.

Sincerely,

Walter Stone
CMS Privacy Officer
Enclosures

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
PATIENT NAME
ADDRESS
CITY, STATE ZIP

Estimado(a) NAME:

[Facility Name] está tomando parte en una encuesta nacional realizada por los Centros de Medicare y Servicios de Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés). CMS es la agencia federal encargada de administrar el programa de Medicare y paga por la mayor parte del cuidado de diálisis en este país. Esta encuesta tiene la intención de saber más acerca de la calidad de la atención médica que reciben usted y otros pacientes en los centros de hemodiálisis. 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 está protegida por la Ley de privacidad. Su información no se compartirá con ninguna persona que no sea parte del personal autorizado en CMS y en 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 de Medicare 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 a la presente 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 prepagado 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 de 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 encuesta en español, por favor llame gratis a RTI al 1-866-245-8083. Le agradecemos de antemano por su participación.

Atentamente,

Walter Stone
Funcionario de Privacidad de CMS
Anexos

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

NAME

ADDRESS

CITY, STATE ZIP

Dear NAME:

[Facility Name] is taking part in a national survey conducted by the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS). The goal of the survey is to learn more about the quality of the dialysis care that patients receive. Your name was randomly selected along with a sample of other people who receive in-center hemodialysis care.

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 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 Medicare 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 RTI toll-free at 1-866-245-8083. Thank you.

Sincerely,

Walter Stone
CMS Privacy Officer

Enclosures

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

NAME

ADDRESS

CITY, STATE ZIP

Dear NAME:

[*Facility Name*] está tomando parte en una encuesta nacional realizada por los Centros de Medicare y Servicios de Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés). Esta encuesta tiene como objetivo saber más sobre la calidad de la atención de diálisis que reciben los pacientes. Su nombre fue seleccionado al azar junto con los nombres de otras personas que reciben atención médica en 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 ha completado la encuesta, por favor, tome unos minutos para completarla y devolverla en el sobre con franqueo postal prepago que adjuntamos.

Toda la información que usted proporcione se mantendrá confidencial y está protegida por la Ley de privacidad. Su información no se compartirá con ninguna persona que no sea parte del personal autorizado en CMS y en 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 de Medicare de ninguna manera.** Sin embargo, su conocimiento y sus experiencias ayudarán a otras personas que reciben Medicare a tener decisiones más informadas con respecto a las opciones que tienen para su atención médica. Por lo tanto, esperamos que decida ayudarnos.

Si necesita ayuda para leer o contestar las preguntas, por favor, 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 de sus propias opiniones sobre 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 encuesta en español, por favor llame gratis a RTI al 1-866-245-8083. Gracias.

Atentamente,

Walter Stone
Funcionario de Privacidad de CMS

Anexos

