

**ATTACHMENT 9: BENEFICIARY SATISFACTION SURVEY MATERIALS  
IN SPANISH**

**Attachment 9.a. Pre-Notification Letter (Spanish)**

**DEPARTMENT OF HEALTH & HUMAN SERVICES**  
Centers for Medicare & Medicaid Services  
7500 Security Boulevard, Mail Stop S1-13-05  
Baltimore, Maryland 21244-1850



---

Mes 2014

NAME  
ADDRESS  
CITY, STATE ZIP

Estimado(a) NAME:

Los Centros para Servicios de Medicare & Medicaid, (*CMS*, por sus siglas en ingles), una agencia del gobierno federal, están llevando a cabo una encuesta con personas que han participado en programas especiales solo para personas con Medicaid. Esta encuesta se llama **Encuesta del Participante de un Programa**. Su nombre fue escogido al azar de una lista de personas en uno de estos programas especiales. En los próximos días, usted recibirá una encuesta en el correo, preguntando acerca de sus experiencias con el **programa (Program Name or Specific Program Name)**.

**Es su decisión el contestar o no a la encuesta. Su decisión no afectará los beneficios que recibe de Medicaid.** Sus respuestas serán confidenciales y estarán protegidas por la Ley de la Privacidad. Nosotros no compartiremos sus respuestas con [**Program Name or Specific Program Name**]. Esperamos que pueda contestar la encuesta. Sus respuestas nos ayudaran a mejorar programas como este.

Si usted tiene alguna pregunta, por favor llame a NAME al número gratuito 1-877-XXX-XXXX. Si desea recibir la versión en español de la encuesta, por favor llame al 1-877- XXX-XXXX.

Gracias por su ayuda con esta encuesta.

Atentamente,

NAME  
CMS TITLE