

Attachment 9.b. Survey Cover 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:

Hace aproximadamente una semana le mandamos una carta referente a la encuesta que los Centros para los Servicios de Medicare & Medicaid (*CMS* por sus siglas en inglés) están llevando a cabo, llamada **Encuesta del Participante de un Programa**. Esta encuesta está incluida junto a esta carta.

Su nombre fue escogido al azar de una lista de personas en el programa (**Program Name or Specific Program Name**). La encuesta tiene preguntas acerca de sus experiencias con el programa (**Program Name or Specific Program Name**). Por favor, tome unos minutos para responder la encuesta. Por favor, devuelva la encuesta en el sobre incluido junto con esta carta.

Es su decisión el contestar o no a la encuesta. Su decisión no afectara 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 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