

Attachment D:

ICH CAHPS Sample Cover Letter (English and Spanish)—

First and Second Mailings

[DATE]

[FIRST NAME] [LAST NAME]

[ADDRESS]

[CITY, STATE AND ZIP]

IMPORTANT MESSAGE FROM MEDICARE

Dear [HONORIFIC.] [LAST NAME]:

This is an important survey for dialysis patients from the federal agency that runs Medicare (Centers for Medicare & Medicaid Services, also called CMS). Please take a few minutes to read this letter and then complete the survey about the care you receive at [FACILITY NAME]. After completing the survey, please return it in the enclosed, postage-paid envelope.

What happens to the survey results?

Medicare will report survey results on its *Dialysis Facility Compare* website at www.Medicare.gov/DialysisFacilityCompare. Information on this website will help hemodialysis patients and their families find and compare Medicare-certified dialysis facilities.

All of your answers are protected by the Privacy Act. No one will be able to link your answers to your identity. Your participation is voluntary and will not affect any health care or benefits you receive.

What should I do next?

If you receive dialysis only at a dialysis center, mark the box beside the “At the dialysis center” response option in Question 1 and then go to Question 2 and answer all applicable questions in the survey.

If you receive any home dialysis or peritoneal dialysis, please mark the “At home” response option in Question 1 and then skip to Q45. If you no longer receive dialysis, mark the third response option in Question 1 and then skip to Q45.

Please **do not** ask anyone from [FACILITY NAME] for help when completing the survey. It is important that your answers reflect **your own opinions** about the dialysis care you receive.

If you have any questions about this survey or wish to receive the survey in Spanish, please call the survey administrator, [VENDOR NAME], at [VENDOR PHONE NUMBER]. (Si

usted tiene preguntas acerca de esta encuesta o desea recibirla en español, por favor llame al administrador de encuestas al [VENDOR PHONE NUMBER].)

Thank you in advance for your participation and we look forward to receiving your completed survey!

Sincerely,

[NAME]
[TITLE]

[PRINT SID HERE]

[DATE]
[FIRST NAME] [LAST NAME]
[ADDRESS]
[CITY, STATE AND ZIP]

IMPORTANT MESSAGE FROM MEDICARE

Dear [HONORIFIC.] [LAST NAME]:

This is an important survey for dialysis patients from the federal agency that runs Medicare (Centers for Medicare & Medicaid Services, also called CMS). Please take a few minutes to read this letter and then complete the survey about the care you receive at [FACILITY NAME].

We recently mailed this same survey to you, but we haven't received it back from you. Learning about your experiences is very important to us. If you have already sent the survey back, thank you for completing the survey.

After completing the survey, please return it in the enclosed, postage-paid envelope.

What happens to the survey results?

Medicare will report survey results on its *Dialysis Facility Compare* website at www.Medicare.gov/DialysisFacilityCompare. Information on this website will help hemodialysis patients and their families find and compare Medicare-certified dialysis facilities.

All of your answers are protected by the Privacy Act. No one will be able to link your answers to your identity. Your participation is voluntary and will not affect any health care or benefits you receive.

What should I do next?

If you receive dialysis only at a dialysis center, mark the box beside the “At the dialysis center” response option in Question 1 and then go to Question 2 and answer all applicable questions in the survey.

If you receive any home dialysis or peritoneal dialysis, please mark the “At home” response option in Question 1 and then skip to Q45. If you no longer receive dialysis, mark the third response option in Question 1 and then skip to Q45.

Please **do not** ask anyone from [FACILITY NAME] for help when completing the survey. It is important that your answers reflect **your own opinions** about the dialysis care you receive.

If you have any questions about this survey or wish to receive the survey in Spanish, please call the survey administrator, [VENDOR NAME], at [VENDOR PHONE NUMBER]. (*Si usted tiene preguntas acerca de esta encuesta o desea recibirla en español, por favor llame al administrador de encuestas al [VENDOR PHONE NUMBER].*)

Thank you in advance for your participation and we look forward to receiving your completed survey!

Sincerely,

[NAME]
[TITLE]

[PRINT SID HERE]

[DATE]

[FIRST NAME] [LAST NAME]

[ADDRESS]

[CITY, STATE AND ZIP]

MENSAJE IMPORTANTE DE MEDICARE

Estimado(a) señor(a) [LAST NAME]:

Esta es una encuesta importante para pacientes de diálisis que realiza la agencia federal que administra a Medicare (Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, también conocida como CMS). Por favor, le pedimos que nos conceda unos minutos para leer esta carta y completar la encuesta sobre la atención que recibe en [FACILITY NAME]. Después de completar la encuesta, por favor envíela de regreso en el sobre adjunto que no necesita estampillas de correo.

¿Qué pasa con los resultados de la encuesta?

Medicare presentará los resultados de la encuesta en su sitio web *Dialysis Facility Compare* (*Comparación de centros de diálisis*) en www.Medicare.gov/DialysisFacilityCompare (disponible solo en inglés). Este sitio web ayudará a los pacientes de hemodiálisis y a sus familias a encontrar y comparar los centros de diálisis certificados por Medicare.

Todas sus respuestas están protegidas por la Ley de Privacidad. Nadie podrá asociar sus respuestas con su identidad. Su participación es voluntaria y no afectará a ninguno de los servicios de atención médica o beneficios que usted recibe.

¿Qué debo hacer ahora?

Si solo recibe diálisis en un centro de diálisis, marque el cuadro junto a la opción de respuesta “En un centro de diálisis” de la pregunta 1 y luego vaya a la pregunta 2 y responda todas las preguntas de la encuesta que le correspondan.

Si recibe diálisis en el hogar o diálisis peritoneal, marque el cuadro junto a la opción de respuesta “En la casa” de la pregunta 1 y salte a la pregunta 45. Si ya no recibe diálisis, marque la tercera opción de respuesta de la pregunta 1 y salte a la pregunta 45.

Por favor, **no** le pida a nadie de [FACILITY NAME] que le ayude a completar la encuesta. Es importante que sus respuestas reflejen **su propia opinión** acerca del servicio de diálisis que usted recibe.

Si tiene alguna pregunta o desea obtener la encuesta en inglés, llame al administrador de encuestas, [VENDOR NAME] al [VENDOR PHONE NUMBER]. *(Please call [VENDOR NAME] at [VENDOR PHONE NUMBER] to receive this survey in English or if you have any questions).*

Le agradecemos de antemano por su participación y esperamos recibir la encuesta con sus respuestas.

Atentamente,

[NAME]
[TITLE]

[PRINT SID HERE]

[DATE]
[FIRST NAME] [LAST NAME]
[ADDRESS]
[CITY, STATE AND ZIP]

MENSAJE IMPORTANTE DE MEDICARE

Estimado(a) señor(a) [LAST NAME]:

Esta es una encuesta importante para pacientes de diálisis que realiza la agencia federal que administra a Medicare (Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, también llamada CMS). Por favor, le pedimos que nos conceda unos minutos para leer esta carta y completar la encuesta sobre la atención que recibe en [FACILITY NAME].

Hace poco le enviamos esta misma encuesta, pero aún no la hemos recibido de regreso. Es muy importante para nosotros aprender sobre sus experiencias. Si ya envió la encuesta con sus respuestas, le agradecemos por completarla.

Después de completar la encuesta, por favor envíela de regreso en el sobre adjunto que no necesita estampillas de correo.

¿Qué pasa con los resultados de la encuesta?

Medicare presentará los resultados de la encuesta en su sitio web *Dialysis Facility Compare* (*Comparación de centros de diálisis*) en www.Medicare.gov/DialysisFacilityCompare. La información en este sitio web ayudará a los pacientes de hemodiálisis y a sus familias a encontrar y comparar los centros de diálisis certificados por Medicare.

Todas sus respuestas están protegidas por la Ley de Privacidad. Nadie podrá asociar sus respuestas con su identidad. Su participación es voluntaria y no afectará a ninguno de los servicios de atención médica o los beneficios que usted recibe.

¿Qué debo hacer ahora?

Si solo recibe diálisis en un centro de diálisis, marque el cuadro junto a la opción de respuesta “En un centro de diálisis” de la pregunta 1 y luego vaya a la pregunta 2 y responda todas las preguntas de la encuesta que le correspondan.

Si recibe diálisis en el hogar o diálisis peritoneal, marque el cuadro junto a la opción de respuesta “En la casa” de la pregunta 1 y salte a la pregunta 45. Si ya no recibe diálisis, marque la tercera opción de respuesta de la pregunta 1 y salte a la pregunta 45.

Por favor, **no** le pida a nadie de [FACILITY NAME] que le ayude a completar la encuesta. Es importante que sus respuestas reflejen **su propia opinión** acerca del servicio de diálisis que usted recibe.

Si tiene alguna pregunta acerca de la encuesta o desea obtener la encuesta en inglés, llame al administrador de encuestas, [VENDOR NAME] al [VENDOR PHONE NUMBER]. *(Please call [VENDOR NAME] at [VENDOR PHONE NUMBER] to receive this survey in English or if you have any questions).*

Le agradecemos de antemano por su participación y esperamos recibir la encuesta con sus respuestas.

Atentamente,

[NAME]
[TITLE]

[PRINT SID HERE]