

Attachment D:

ICH CAHPS Sample Cover Letter (English and Spanish)—

First and Second Mailings

English Cover Letter 1

S A M P L E

[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 Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS). CMS is the office that runs Medicare. Please take a few minutes to read this letter. Then, please complete the survey about the care you receive at [FACILITY NAME]. After you complete the survey, please return it in the enclosed, postage-paid envelope.

What happens to the survey results?

Medicare will share survey results on its *Dialysis Facility Compare* website at www.medicare.gov/DialysisFacilityCompare. 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 connect your name to your answers. You can choose to complete the survey or not. Your decision will not affect any health care or benefits you receive.

How to complete the survey

Don't ask anyone from [FACILITY NAME] for help with this survey. Your answers should reflect your own opinions about the dialysis care you get.

- If you get dialysis **ONLY at a dialysis center**, mark the "At the dialysis center" box in Question 1. Then go to Question 2 and answer all applicable questions in the survey.
- If you get **ANY home dialysis or peritoneal dialysis, or if you get dialysis ONLY at the nursing home where you live**, mark the "At home or at a skilled nursing home where I live" box in Question 1. Then skip to Question 45.
- If you **no longer get dialysis**, mark box 3 in Question 1. Then skip to Question 45.

Questions?

For questions about this survey, or if you need help in Spanish, please call [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 in this important survey!

Sincerely,

[NAME]

[TITLE]

[PRINT SID HERE]

English Cover Letter 2

S A M P L E

[DATE]

[FIRST NAME] [LAST NAME]

[ADDRESS]

[CITY, STATE AND ZIP]

IMPORTANT MESSAGE FROM MEDICARE

Dear [HONORIFIC.] [LAST NAME]:

This is an important survey about the dialysis care you get at [FACILITY NAME] from the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS).

We recently mailed this same survey to you, but haven't received it back yet. Learning about your experiences is very important to us. Please take a few minutes to complete the survey and return it in the enclosed, postage-paid envelope. If you already sent the survey back, thank you.

What happens to the survey results?

Medicare will share survey results on its *Dialysis Facility Compare* website at www.medicare.gov/DialysisFacilityCompare. 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 connect your name to your answers. You can choose to complete the survey or not. Your decision will not affect any health care or benefits you receive.

How to complete the survey

Don't ask anyone from [FACILITY NAME] for help with this survey. Your answers should reflect your own opinions about the dialysis care you get.

- If you get dialysis **ONLY at a dialysis center**, mark the "At the dialysis center" box in Question 1. Then go to Question 2 and answer all applicable questions in the survey.
- If you get **ANY home dialysis or peritoneal dialysis, or if you get dialysis ONLY at the nursing home where you live**, mark the "At home or at a skilled nursing home where I live" box in Question 1. Then skip to Question 45.
- If you **no longer get dialysis**, mark box 3 in Question 1. Then skip to Question 45.

Questions

For questions about this survey, or if you need help in Spanish, please call [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 in this important survey!

Sincerely,

[NAME]

[TITLE]

[PRINT SID HERE]

Spanish Cover Letter 1

S A M P L E

[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 de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés). Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid conforman la oficina encargada de Medicare. Por favor, tome unos minutos para leer esta carta. Luego, complete 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 compartirá los resultados de la encuesta en el 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 su nombre con sus respuestas. Usted puede decidir completar la encuesta o no. Su decisión no afectará ninguna atención médica o beneficios que reciba.

Cómo completar la encuesta

No le pida a nadie de [FACILITY NAME] que le ayude con esta encuesta. Sus respuestas deben reflejar sus propias opiniones sobre la atención de diálisis que usted recibe.

- Si recibe diálisis **SOLAMENTE en un centro de diálisis**, marque el cuadro "En un centro de diálisis" en la pregunta 1. Luego vaya a la pregunta 2 y responda todas las preguntas de la encuesta que le correspondan.
- Si recibe **ALGÚN tipo de diálisis en el hogar o diálisis peritoneal, o si SOLO recibe diálisis en el asilo de ancianos en donde vive**, marque el cuadro "En la casa o en un asilo de ancianos con servicio de enfermería especializada en donde vivo" en la pregunta 1. Luego salte a la pregunta 45.
- Si **ya no recibe diálisis**, marque el cuadro 3 en la pregunta 1. Luego salte a la pregunta 45.

¿Preguntas?

Si tiene alguna pregunta sobre esta encuesta o si necesita ayuda en español, puede llamar a [VENDOR NAME] al [VENDOR PHONE NUMBER]. (*For questions about this survey, or if you want to receive this survey in English, please call the survey manager at [VENDOR PHONE NUMBER].*)

¡Gracias de antemano por su participación en esta importante encuesta!

Atentamente,

[NAME]

[TITLE]

[PRINT SID HERE]

Spanish Cover Letter 2

S A M P L E

[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 sobre la atención de diálisis que recibe en [FACILITY NAME] de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

Hace poco le enviamos por correo esta misma encuesta, pero aún no la hemos recibido de regreso. Es muy importante para nosotros conocer sus experiencias. Por favor, tome unos minutos para completar la encuesta y enviarla de regreso en el sobre adjunto que no necesita estampillas de correo. Si ya nos envió la encuesta, le damos las gracias.

¿Qué pasa con los resultados de la encuesta?

Medicare compartirá los resultados de la encuesta en el 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 su nombre con sus respuestas. Usted puede decidir completar la encuesta o no. Su decisión no afectará ninguna atención médica o beneficios que reciba.

Cómo completar la encuesta

No le pida a nadie de [FACILITY NAME] que le ayude con esta encuesta. Sus respuestas deben reflejar sus propias opiniones sobre la atención de diálisis que usted recibe.

- Si recibe diálisis **SOLAMENTE en un centro de diálisis**, marque el cuadro "En un centro de diálisis" en la pregunta 1. Luego vaya a la pregunta 2 y responda todas las preguntas de la encuesta que le correspondan.
- Si recibe **ALGÚN tipo de diálisis en el hogar o diálisis peritoneal, o si SOLO recibe diálisis en el asilo de ancianos en donde vive**, marque el cuadro "En la casa o en un asilo de ancianos con servicio de enfermería especializada en donde vivo" en la pregunta 1. Luego salte a la pregunta 45.
- Si **ya no recibe diálisis**, marque el cuadro 3 en la pregunta 1. Luego salte a la pregunta 45.

¿Preguntas?

Si tiene alguna pregunta sobre esta encuesta o si necesita ayuda en español, llame a [VENDOR NAME] al [VENDOR PHONE NUMBER]. (*For questions about this survey, or if you want to receive this survey in English, please call the survey manager at [VENDOR PHONE NUMBER].*)

¡Gracias de antemano por su participación en esta importante encuesta!

Atentamente,

[NAME]

[TITLE]

[PRINT SID HERE]