



Queremos saber su opinión

1. La sesión a la que asistí fue relevante para mí.

- Totalmente de acuerdo
- Algo de acuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- Algo en desacuerdo
- Muy en desacuerdo

2. Los presentadores de CMS estaban bien informados sobre el tema.

- Totalmente de acuerdo
- Algo de acuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- Algo en desacuerdo
- Muy en desacuerdo

3. Si su sesión cubrió más de un tema, ¿cuál(es) tema(s) fue(fueron) de mayor interés o importancia para usted?

Por favor, especifique

4. ¿Cuánto han mejorado sus habilidades o conocimientos sobre este/estos tema(s) debido a esta sesión?

- Muchísimo
- Mucho
- Una cantidad moderada
- Un poquito
- Nada

5. ¿Qué tema(s) le gustaría que CMS hubiera cubierto (pero no lo hizo)? Intentaremos abordarlos la próxima vez. Por favor, especifique

6. ¿Cómo piensa utilizar la información que recopiló de esta sesión de CMS? Seleccione todas las que correspondan.

- Exploraré Medicare.gov y/o el Buscador de planes de Medicare para obtener más información sobre mis opciones de cobertura de Medicare.
- Estudiaré el manual Medicare y usted.
- Llamaré a mi asesor local de SHIP para obtener más información.
- Me pondré en contacto con mi plan de salud actual.
- Hablaré con mi médico o farmacéutico.
- Otro. Por favor, especifique

7. ¿Tiene algún comentario o sugerencia adicional para mejorar esta sesión en el futuro? ¡Gracias por sus comentarios! Por favor, especifique

Declaración de divulgación de PRA Esta solicitud de recopilación de información está directamente relacionada con la Agenda de gestión del presidente (PMA), específicamente las áreas prioritarias para la transformación, el objetivo 4 del CAP, Mejorar la experiencia del cliente con los servicios federales. La recopilación consiste en una evaluación voluntaria que está asociada con el objetivo de PMA de proporcionar una experiencia de cliente moderna, optimizada y receptiva en todo el gobierno. Según la Ley de Privacidad de 1974, cualquier información de identificación personal obtenida se mantendrá privada en la medida de la ley.

De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que muestre un número de control OMB válido. El número de control OMB válido para esta recopilación de información es 0938-1185 (CMS-10732). El tiempo requerido para completar esta recopilación de información se estima en un promedio de 3 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar recursos de datos existentes, recopilar los datos necesarios y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene comentarios sobre la precisión de la(s) estimación(es) de tiempo o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244 -1850.