Centers for Medicare & Medicaid Services
7500 Security Boulevard, Mail Stop C1-25-05
Baltimore, Maryland 21244-1850

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

请与我们谈谈您对于透析护理的看法

尊敬的 [LAST NAME] [FIRST NAME]:

这是 Medicare 针对透析护理接受者所进行的的一项重要调查。我们希望您抽空与我们分享您对于 [FACILITY NAME] 的感受。您的反馈有助于 **Medicare** 提高您和其他类似患者所接受的透析护理的整体质量，并帮助其他人选择适合他们的透析中心。

您可以前往 www.medicare.gov/care-compare 站点的 “provider type − Dialysis facilities” (服务提供者类型 − 透析设施) 网页链接了解更多有关本调查的信息，并查看透析中心和工作人员的评分。有关调查的常见问题和答案，您还可以浏览 https://ichcahps.org 并点击“DIALYSIS PATIENTS Click Here”(透析患者点击此处) 按钮。

您的意见很重要。我们每年最多可能会让您完成两次调查，以便 Medicare 能够了解透析患者在不同时期的不同感受。您的参与纯属自愿，且将根据相关法律对您的信息进行保密。任何人都不能将您的姓名与您的答案联系起来。

请不要向 [FACILITY NAME] 的任何人员寻求有关本调查的帮助。对于您接受的透析护理，我们希望您能够提供您自己的意见。请将本调查置于随附的预付回邮信封中寄回。

如对本调查有其他任何问题，请于 [DAYS], [HOURS AND TIME ZONE] 拨打免费电话 [VENDOR 800 NUMBER] 联系 [VENDOR NAME]。*(For questions about this survey, or if you want to receive this survey in English, please call the survey manager at [VENDOR 800 NUMBER].)*

在此感谢您协助改善透析护理。

此致

Vanessa S. Duran
Medicare 药物福利和 C & D 数据集团主任

根据美国 1995 年《▯书工作削减法》(Paperwork Reduction Act of 1995) 的规定，除非信息收集表上标示了有效的美国行政管理和预算局 (OMB) 控制编号，否则任何人都无需提交表中要求的信息。本信息收集表的有效 OMB 控制编号为 0938-0926。本信息收集表可产生透析机构的可比数据，从而帮助个人选择机构并改善护理。预计填写此信息收集表所需的平均时间为每份不到 16 分钟，这包括阅读说明、搜索现有数据资源、收集所需资料、审阅和填写信息收集表所需的时间。对于符合 42 CFR§413.178(c)(iii) 要求的透析机构，必须填写此信息收集表以满足计划要求；对于调查受访者，填写此表属于自愿行为。我们将根据 5 U.S.C. 552a（《1974 年隐私法》）对此表保密。如果您对填表预估时间的准确性有任何意见，或者对改进此表格有任何建议，请写信至：CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C1-25-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.