

**Centers for Medicare & Medicaid Services**

7500 Security Boulevard, Mail Stop C1-25-05  
Baltimore, Maryland 21244-1850

**FOR OFFICIAL ICH CAHPS**  
**USE ONLY:**  
**CMS LOGO INSERTED HERE**

[DATE]

[FIRST NAME] [LAST NAME]

[ADDRESS]

[CITY, STATE AND ZIP]

**請告訴我們關於您的透析照護**

[HONORIFIC.] [LAST NAME] 您好:

這是 Medicare 針對透析照護接受者所進行的一項重要調查。我們希望您能抽空分享您對 [FACILITY NAME] 的經驗。您的回饋意見有助於 Medicare 改善您和其他類似患者所接受的透析照護的整體品質，並幫助其他人選擇適合的透析中心。

有關此調查的更多資訊以及透析中心和工作人員的評分，請參閱 [www.medicare.gov/care-compare](http://www.medicare.gov/care-compare) 網站的“provider type – Dialysis Facilities” (服務提供者類型-透析設施) 網頁連結。

**您的意見很重要。**您的參與純屬自願，且您的資訊會依法保密。任何人都不能將您的姓名與您的答案相連結。

請勿向 [FACILITY NAME] 的任何人尋求有關本調查的協助。我們有興趣瞭解您關於透析照護的意見。請將調查問卷置於隨附的預付回郵信封寄回。

如對本調查有任何問題，請於 [DAYS], [HOURS AND TIME ZONE] 撥打免費電話 [VENDOR 800 NUMBER] 與 [VENDOR NAME] 聯繫。 (*For questions about this survey, or if you want to receive this survey in English, please call the survey manager at [VENDOR 800 NUMBER].*)

**謹在此感謝您協助改善透析照護。**

謹致

**FOR OFFICIAL ICH CAHPS**  
**USE ONLY:**  
CMS STAFF SIGNATURE  
INSERTED HERE

Amy Larrick Chavez-Valdez

Medicare 藥物福利與 C & D 資料組主任

依據 1995 年《減少文書作業法》之規定，除非資訊收集表上標有有效的美國預算管理局 (OMB) 控制編號，否則任何人都不是必須提交表中要求的資訊。本資訊收集表的有效 OMB 控制編號為 0938-0926。估計完成本表所需的平均時間為每份 16 分鐘，這包括閱讀說明、搜尋現有資料來源、收集所需資料、完成和審閱資訊收集表所需的時間。若您對於該預估時間的準確性有任何意見，或有改善此表格的建議，請寫信至: CMS, Attn: PRA Reports Clearance Officer, 7500 Security Boulevard, Baltimore, Mailstop c1-25-05, Maryland 21244-1850.