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]

VUI LÒNG CHO CHÚNG TÔI BIẾT VỀ DỊCH VỤ CHĂM SÓC LỌC MÁU CỦA QUÝ VỊ

Kính gửi [FIRST NAME] [LAST NAME]:

Đây là một khảo sát quan trọng từ Medicare dành cho những người được lọc máu. Chúng tôi hy vọng quý vị sẽ dành thời gian chia sẻ trải nghiệm của mình về [FACILITY NAME]. **Ý kiến đóng góp của quý vị sẽ giúp Medicare** cải thiện chất lượng tổng thể của dịch vụ chăm sóc lọc máu mà quý vị và những người khác giống như quý vị nhận được, đồng thời giúp những người khác chọn được trung tâm lọc máu phù hợp với mình.

Quý vị có thể tìm hiểu thêm về cuộc khảo sát và xem trực tuyến bảng xếp hạng các trung tâm lọc máu và nhân viên tại www.medicare.gov/care-compare trong phần provider type "Dialysis facilities" (loại nhà cung cấp "Cơ sở lọc máu"). Để xem các câu hỏi và câu trả lời thường gặp về khảo sát, quý vị cũng có thể truy cập https://ichcahps.org và nhấp vào nút "DIALYSIS PATIENTS Click Here" (BỆNH NHÂN LỌC MÁU Nhấp vào đây).

Ý kiến của quý vị rất quan trọng. Quý vị *có thể* cần hoàn thành bản khảo sát tối đa 2 lần một năm để Medicare có thể hiểu trải nghiệm của bệnh nhân lọc máu thay đổi như thế nào theo thời gian. **Xin lưu ý rằng chúng tôi luôn lắng nghe ý kiến của quý vị – khảo sát hiện đã ngắn hơn trước và mất ít thời gian hơn để hoàn thành!** Việc tham gia là tự nguyện và thông tin của quý vị sẽ được pháp luật bảo vệ. Không ai có thể xác định được danh tính của quý vị thông qua câu trả lời của quý vị.

Vui lòng không nhờ bất kỳ ai từ [FACILITY NAME] giúp đỡ trong khảo sát này. Chúng tôi quan tâm đến ý kiến của chính quý vị về dịch vụ chăm sóc lọc máu. Vui lòng gửi lại bản khảo sát trong phong bì đã trả trước bưu phí kèm theo.

Nếu quý vị có thêm câu hỏi về khảo sát, vui lòng gọi [VENDOR NAME], số điện thoại miễn phí [VENDOR 800 NUMBER], [DAYS], trong khoảng thời gian từ [HOURS AND TIME ZONE]. (*For questions about this survey, or if you want to receive this survey in English, please call the survey manager at [VENDOR 800 NUMBER].)*

Cảm ơn quý vị đã góp phần cải thiện dịch vụ chăm sóc lọc máu.

Trân trọng,
Trung tâm Medicare

Theo Đạo luật Giảm thiểu Thủ tục Giấy tờ năm 1995 (Paperwork Reduction Act of 1995), không ai bắt buộc phải trả lời phiếu thu thập thông tin trừ khi trên đó hiển thị số kiểm soát OMB (OMB) hợp lệ. Số kiểm soát OMB hợp lệ cho phiếu thu thập thông tin này là 0938-0926. Phiếu thu thập thông tin này tạo ra dữ liệu có thể so sánh từ các cơ sở lọc máu để giúp các cá nhân chọn cơ sở và cải thiện dịch vụ chăm sóc. Thời gian cần thiết để hoàn thành phiếu thu thập thông tin này ước tính trung bình là dưới 12 phút cho mỗi câu trả lời, bao gồm thời gian xem hướng dẫn, tìm kiếm các nguồn dữ liệu hiện có, thu thập dữ liệu cần thiết cũng như hoàn thành và xem lại phiếu thu thập thông tin. Phiếu thu thập thông tin này là bắt buộc đối với các cơ sở lọc máu đủ điều kiện theo 42 CFR §413.178 (c) (iii) để đáp ứng các yêu cầu của chương trình và mang tính tự nguyện đối với người trả lời khảo sát. Tính bảo mật được đảm bảo theo 5 U.S.C. 552a (Đạo luật Quyền riêng tư năm 1974). Nếu quý vị có bất kỳ nhận xét nào liên quan đến tính chính xác của (các) ước tính thời gian hoặc đề xuất cải thiện mẫu phiếu này, vui lòng viết thư và gửi đến địa chỉ: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C1-25-05, Baltimore, Maryland 21244-1850. ******Tiết lộ CMS**** Vui lòng không gửi đơn đăng ký, yêu cầu bồi thường, thanh toán, hồ sơ y tế hoặc bất kỳ tài liệu nào có chứa thông tin nhạy cảm tới PRA Reports Clearance Office. Xin lưu ý rằng mọi thư từ không liên quan đến nhiệm vụ thu thập thông tin được phê duyệt theo số kiểm soát OMB kèm theo được liệt kê trên phiếu này sẽ không được xem xét, chuyển tiếp hoặc giữ lại. Nếu quý vị có thắc mắc hoặc mối quan ngại nào về việc cần gửi tài liệu của mình đến đâu, vui lòng liên hệ** ICHCAHPS@cms.hhs.gov**.**