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]

请与我们谈谈您对于透析护理的看法

尊敬的 [LAST NAME] [FIRST NAME]:

您最近收到了一份来自 Medicare 的调查，以了解您在 [FACILITY NAME] 的感受。如果您已经将本调查寄回，我们在此向您表达谢意！您无需再做其他任何步骤。

如果您尚未寄回本调查，**我们谨在此善意地提醒您，我们非常希望能够了解您的感受。**您的回复有助于他人选择适合的透析中心，并帮助 Medicare 提高您和其他类似患者所接受的透析护理的整体质量。请将本调查置于随附的预付信封中寄回。

您的意见很重要。我们深知您的时间十分宝贵。**请注意，我们听取了您的意见 – 现在的调查问卷比以前更短，完成所需的时间也更少！**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。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。

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

Medicare中心

根据美国 1995 年《文书工作削减法》(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 12 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. ****CMS 披露**** **请不要向 PRA Reports Clearance Office 发送申请、索赔、付款、医疗记录或任何包含敏感信息的文件。请注意，我们不会审核、转发或保留任何与本表所列相关 OMB 控制编号下的获批信息收集责任无关的信件。如果您对提交文件的位置有任何问题或疑虑，请联系 ICHCAHPS@cms.hhs.gov** 。