

Sample Cover Letter for First Questionnaire Mailing

Home Health Care CAHPS Survey

To be Printed on Home Health Agency or Vendor Letterhead

NAME

ADDRESS

CITY, STATE ZIP

Հարգելի NAME,

[Agency Name]-ը մասնակցում է ազգային հարցման, որի նպատակն է ԱՄՆ առողջապահության և սոցիալական ծառայությունների դեպարտամենտին տեղեկատվություն տրամադրել բնակչությանը տնային պայմաններում տրամադրվող առողջական խնամքի որակի վերաբերյալ: Մեր տվյալների համաձայն, վերջերս Դուք տնային պայմաններում առողջական խնամքի ծառայություններ եք ստացել [Agency Name]-ից: Տնային առողջական խնամք ստացող մի շարք այլ անձանց հետ մեկտեղ, Դուք ընտրվել եք այս կարևոր հարցմանը մասնակցելու նպատակով: Տրամադրվող խնամքի վերաբերյալ Ձեր կարծիքը կարևոր է, քանի որ այն կօգնի մեզ բարելավել մեր առաջարկված տնային առողջական խնամքի որակը:

Հարցման արդյունքները կօգնեն բնակչությանն ավելի տեղեկացված որոշումներ կայացնել տնային առողջական խնամքի մատակարար ընտրելիս: Արդյունքները կիրառարակվեն համացանցում՝ <http://www.medicare.gov/> կայքի Home Health Compare («Տնային առողջական խնամքի ծառայությունների համեմատական նկարագրություն») բաժնում: Կից ներկայացվող հարցաշարը Ձեր կարծիքն է հայցում տնային առողջական խնամքի՝ Ձեզ տրամադրված ծառայությունների վերաբերյալ: Հուսով եմք՝ մի քանի բույե կհասկացնեք այն լրացնելու և կից ներկայացվող նախապես վճարված ծրարով մեզ վերադարձնելու համար:

Եթե հարցերը կարդալու կամ դրանց պատասխանելու համար օգնության կարիք ունեք, ապա դիմեք Ձեր ընտանիքի որևէ անդամի կամ ընկերոջ օգնությանը: Կարևոր է, որ պատասխաններն արտացոլեն տնային առողջապահական խնամքի՝ Ձեզ տրամադրված ծառայությունների մասին Ձեր սեփական կարծիքը, ուստի, հարցումը լրացնելիս, խնդրում ենք [Agency Name]-ից որևէ մեկի օգնությունը **չհայցել:**

Ձեր մասնակցությունն այս հարցմանը կամավոր է և չի ազդի Ձեզ տրամադրվող առողջական որևէ խնամքի, կամ արտոնության վրա: Հարցմանը պատասխանելիս Ձեր տրամադրած ողջ տեղեկատվությունը խորհրդապահական է և պաշտպանված Privacy Act-ով (Օրենք Տեղեկատվության գաղտնիության մասին): Հարցմանը Ձեր պատասխանները կխմբավորվեն այլ մասնակիցներից ստացված պատասխանների հետ; տեղեկատվությունը վերլուծելիս Ձեր անունն ու ինքնությունը հաստատող տվյալները Ձեր պատասխանների հետ չեն համադրվի: Այս հարցման արդյունքները

կարող են տրամադրվել տնային առողջական խնամքի գործակալությանը՝
սպասարկման որակը բարելավելու նպատակով: **Եթե հարցման վերաբերյալ հարցեր
ունեք, ապա խնդրում ենք զանգահարել NAME՝ անվճար, 1-XXX-XXX-XXXX
հեռախոսահամարով:** Կանխավ շնորհակալ ենք մասնակցության համար:

Հարգանքով,

Անուն

Տնային առողջական խնամքի գործակալության վարիչ

Կից նյութեր

[PRINT SAMPLE IDENTIFICATION NUMBER HERE]