

Sample Cover Letter for First Questionnaire Mailing in Armenian

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 կհատկացնեք 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]