

Agency Name



John Sample
123 Main St
Anytown, USA 12345

Sample ID

August 1, 2023

Estimado(a) John Sample:

Recientemente recibió una encuesta de Medicare sobre sus experiencias con Agency Name. **Si ya ha devuelto esta encuesta, ¡muchas gracias! No es necesario que haga nada más.**

Este es un recordatorio de que estamos muy interesados en saber sobre de sus experiencias. Sus comentarios ayudarán a otras personas a elegir una agencia del cuidado de la salud en el hogar y ayudarán a Medicare a mejorar la calidad general del cuidado de la salud el hogar.

Tómese unos minutos para completar y devolver la encuesta en el sobre adjunto que no necesita estampilla.

Su voz cuenta. Sabemos que su tiempo es valioso. La participación es voluntaria y su información se mantiene privada por ley. Nadie puede asociar su nombre a sus respuestas.

Si tiene alguna pregunta sobre la encuesta, por favor llame a WellSky Survey Services Team gratis al 1-888-611-2442.

Nos preocupamos por sus experiencias del cuidado de la salud.

Si necesita ayuda con la encuesta, pídale ayuda un miembro de su familia o a una amistad.

Gracias por ayudar a mejorar el cuidado de la salud en el hogar.

Atentamente,

Administrador(a) de la agencia de cuidados de salud en el hogar

Según la Ley de Reducción de Trabajo Administrativo de 1995 (The Paperwork Reduction Act of 1995), ninguna persona tiene la obligación de responder a un cuestionario para recaudar información a menos que este lleve un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB, por sus siglas en inglés). El número de control OMB válido para este cuestionario es 0938-1066. La fecha de vencimiento del número de control OMB 0938-1066 es el 31 de julio de 2026. Se estima que el tiempo promedio necesario para completar este cuestionario es de 12 minutos por respuesta, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, buscar fuentes de datos existentes, recaudar los datos necesarios y completar y revisar el cuestionario. Si tiene algún comentario respecto a la exactitud del tiempo estimado o sugerencias para mejorar este formulario, por favor escriba a: Centers for Medicare & Medicaid Services, 7500 Security Boulevard, Mail Stop C1-25-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.