

## **Optional Modified Initial Cover Letter for the HCAHPS Survey – Russian**

[HOSPITAL LETTERHEAD]

[SAMPLED PATIENT NAME]

[ADDRESS]

[CITY, STATE ZIP]

Уважаемый [SAMPLED PATIENT NAME]:

Наши данные показывают, что Вы недавно были пациентом [NAME OF HOSPITAL] и были выписаны [DATE OF DISCHARGE (mm/dd/yyyy)]. Поскольку Вы недавно лечились в больнице, мы просим Вас о помощи.

Прилагаемая анкета является частью инициативы, направленной на понимание того, как пациенты относятся к своему медицинскому обслуживанию в больнице. Вопросы 1–29 данной анкеты были составлены при финансовой поддержке Департамента здравоохранения и социального обеспечения США (United States Department of Health and Human Services). Участие в опросе займет у Вас приблизительно 7 минут.

Ваше участие в данном опросе является добровольным. Мы гарантируем полную конфиденциальность Ваших ответов. Результаты опроса будут опубликованы в Интернете в открытом доступе на сайте [www.medicare.gov/hospitalcompare](http://www.medicare.gov/hospitalcompare). Данные результаты помогут потребителям сделать важный выбор в отношении медицинского обслуживания, а больницам – улучшить предоставляемые услуги.

После того как вы заполните данную форму опроса, пожалуйста, верните ее в предварительно оплаченном конверте. [OPTIONAL: На этой анкете Вы можете увидеть номер. Этот номер используется, чтобы сообщить нам о том, что Вы вернули свою анкету и нам не нужно посылать Вам напоминания.] Если у Вас возникнут какие-либо вопросы в отношении анкеты, которая прилагается, пожалуйста, позвоните по бесплатному номеру: 1-800-xxx-xxxx.

Мы очень признательны за Вашу помощь в улучшении качества медицинского обслуживания.

С уважением,

[HOSPITAL ADMINISTRATOR]

[HOSPITAL NAME]

[OPTIONAL: В соответствии с Постановлением о сокращении документооборота от 1995 г. никто не обязан предоставлять сведения, если на форме опроса не указан действующий контрольный номер ОМВ. Действующий контрольный номер ОМВ для данного опроса – 0938-0981 (срок истекает 30 ноября 2021 г.). Время для заполнения данной анкеты составляет в среднем 7 минут на вопросы 1-29, включая время для просмотра инструкций, поиска существующих данных, сбора необходимых данных и заполнения и проверки анкеты. Если у вас есть какие-либо комментарии в отношении точности предлагаемого ориентировочного времени или предложения по улучшению данной анкеты, просьба написать по адресу: Centers for Medicare & Medicaid Services, 7500 Security Boulevard, C1-25-05, Baltimore, MD 21244-1850.]

## **Optional Modified Follow-up Cover Letter for the HCAHPS Survey – Russian**

[HOSPITAL LETTERHEAD]

[SAMPLED PATIENT NAME]  
[ADDRESS]  
[CITY, STATE ZIP]

Уважаемый [SAMPLED PATIENT NAME]:

Наши данные показывают, что Вы недавно были пациентом [NAME OF HOSPITAL] и были выписаны [DATE OF DISCHARGE (mm/dd/yyyy)]. Приблизительно три недели назад мы отправили Вам анкету о вашем пребывании в больнице. Если Вы уже отправили нам эту анкету, пожалуйста, примите нашу благодарность и не обращайтесь на это письмо. Однако если Вы еще не заполнили данную анкету, пожалуйста, уделите несколько минут и заполните ее сейчас.

Прилагаемая анкета является частью инициативы, направленной на понимание того, как пациенты относятся к своему медицинскому обслуживанию в больнице. Вопросы 1–29 данной анкеты были составлены при финансовой поддержке Департамента здравоохранения и социального обеспечения США (United States Department of Health and Human Services). Участие в опросе займет у Вас приблизительно 7 минут.

Ваше участие в данном опросе является добровольным. Мы гарантируем полную конфиденциальность Ваших ответов. Результаты опроса будут опубликованы в Интернете в открытом доступе на сайте [www.medicare.gov/hospitalcompare](http://www.medicare.gov/hospitalcompare). Данные результаты помогут потребителям сделать важный выбор в отношении медицинского обслуживания, а больницам – улучшить предоставляемые услуги.

После того как вы заполните данную форму опроса, пожалуйста, верните ее в предварительно оплаченном конверте. [OPTIONAL: На этой анкете Вы можете увидеть номер. Этот номер используется, чтобы сообщить нам о том, что Вы вернули свою анкету и нам не нужно посылать Вам напоминания.] Если у Вас возникнут какие-либо вопросы в отношении анкеты, которая прилагается, пожалуйста, позвоните по бесплатному номеру: 1-800-xxx-xxxx.

Мы очень признательны за Вашу помощь в улучшении качества медицинского обслуживания.

С уважением,

[HOSPITAL ADMINISTRATOR]  
[HOSPITAL NAME]

[OPTIONAL: В соответствии с Постановлением о сокращении документооборота от 1995 г. никто не обязан предоставлять сведения, если на форме опроса не указан действующий контрольный номер ОМВ. Действующий контрольный номер ОМВ для данного опроса – 0938-0981 (срок истекает 30 ноября 2021 г.). Время для заполнения данной анкеты составляет в среднем 7 минут на вопросы 1-29, включая время для просмотра инструкций, поиска существующих данных, сбора необходимых данных и заполнения и проверки анкеты. Если у вас есть какие-либо комментарии в отношении точности предлагаемого ориентировочного времени или предложения по улучшению данной анкеты, просьба написать по адресу: Centers for Medicare & Medicaid Services, 7500 Security Boulevard, C1-25-05, Baltimore, MD 21244-1850.]