

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

[HOSPITAL LETTERHEAD]

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

Kính chào [SAMPLED PATIENT NAME]:

Hồ sơ chúng tôi cho thấy rằng vừa qua quý vị là bệnh nhân tại [NAME OF HOSPITAL] và được xuất viện vào ngày [DATE OF DISCHARGE (mm/dd/yyyy)]. Vì quý vị vừa có kinh nghiệm nằm bệnh viện, chúng tôi mong được sự giúp đỡ của quý vị.

Bản thăm dò ý kiến đính kèm là một phần của nỗ lực tìm hiểu về cảm tưởng của bệnh nhân về sự chăm sóc của họ tại bệnh viện. Câu hỏi 1-29 trong bản thăm dò ý kiến này là do Bộ Y tế Xã hội Hoa Kỳ bảo trợ và sẽ chỉ mất khoảng 7 phút để trả lời.

Sự tham gia của quý vị là tự nguyện và các câu trả lời của quý vị sẽ được giữ kín. Kết quả về những bệnh viện này sẽ được công bố trên mạng Internet tại [www.medicare.gov/hospitalcompare](http://www.medicare.gov/hospitalcompare) nhằm giúp người tiêu dùng chọn bệnh viện và giúp bệnh viện cải tiến cách thức chăm sóc bệnh nhân.

Sau khi trả lời đầy đủ bản thăm dò ý kiến này, xin quý vị dùng bao thư đính kèm có sẵn bưu phí và gửi trở lại chúng tôi. [OPTIONAL: Quý vị hẳn thấy một con số trên bản thăm dò ý kiến. Số này được dùng để cho chúng tôi biết quý vị đã gửi trở lại bản thăm dò ý kiến này và chúng tôi sẽ không gửi thư nhắc quý vị.] Nếu có thắc mắc về bản thăm dò ý kiến đính kèm, xin quý vị vui lòng gọi số điện thoại miễn phí này: 1-800-xxx-xxxx.

Chúng tôi vô cùng cảm ơn quý vị đã giúp đỡ trong việc cải tiến sự chăm sóc y tế tại bệnh viện.

Trân trọng,

[HOSPITAL ADMINISTRATOR]  
[HOSPITAL NAME]

[OPTIONAL: Thể theo Đạo luật Giảm thiểu Thủ tục Giấy tờ năm 1995, không một ai bị bắt buộc phải trả lời và cung cấp thông tin trừ khi trên bản câu hỏi có ghi rõ số kiểm soát OMB có hiệu lực. Số kiểm soát OMB có hiệu lực cho bản thu thập thông tin này là 0938-0981 (Hết hạn ngày 30 tháng 11 năm 2021). Thời gian cần thiết để trả lời các câu hỏi này được ước tính trung bình là 7 phút cho các câu hỏi 1-29 trong bản thăm dò ý kiến này, kể cả thời gian đọc hướng dẫn, thời gian tìm kiếm, thu thập và xác nhận thông tin được yêu cầu, hoàn tất và kiểm tra lại bản trả lời. Nếu quý vị có ý kiến gì về mức chính xác của thời gian ước tính hoặc đề nghị gì trong việc đơn giản hóa bản thăm dò ý kiến này, vui lòng gửi thư về: 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 – Vietnamese**

[HOSPITAL LETTERHEAD]

[SAMPLED PATIENT NAME]

[ADDRESS]

[CITY, STATE ZIP]

Kính chào [SAMPLED PATIENT NAME]:

Hồ sơ chúng tôi cho thấy rằng vừa qua quý vị là bệnh nhân tại [NAME OF HOSPITAL] và được xuất viện vào ngày [DATE OF DISCHARGE (mm/dd/yyyy)]. Cách nay gần ba tuần, chúng tôi có gửi cho quý vị một bản thăm dò ý kiến về lần quý vị nằm bệnh viện. Chúng tôi thành thật cảm ơn quý vị nếu quý vị đã gửi bản trả lời về cho chúng tôi và xin quý vị bỏ qua lá thư này. Tuy nhiên, nếu quý vị chưa trả lời bản thăm dò ý kiến này, xin quý vị vui lòng bỏ chút thì giờ trả lời các câu hỏi này ngay.

Bản thăm dò ý kiến đính kèm là một phần của nỗ lực tìm hiểu về cảm tưởng của bệnh nhân về sự chăm sóc của họ tại bệnh viện. Câu hỏi 1-29 trong bản thăm dò ý kiến này là do Bộ Y tế Xã hội Hoa Kỳ bảo trợ và sẽ chỉ mất khoảng 7 phút để trả lời.

Sự tham gia của quý vị là tự nguyện và các câu trả lời của quý vị sẽ được giữ kín. Kết quả về những bệnh viện này sẽ được công bố trên mạng Internet tại [www.medicare.gov/hospitalcompare](http://www.medicare.gov/hospitalcompare) nhằm giúp người tiêu dùng chọn bệnh viện và giúp bệnh viện cải tiến cách thức chăm sóc bệnh nhân.

Sau khi trả lời đầy đủ bản thăm dò ý kiến này, xin quý vị dùng bao thư đính kèm có sẵn bưu phí và gửi trở lại chúng tôi. [OPTIONAL: Quý vị hẳn thấy một con số trên bản thăm dò ý kiến. Số này được dùng để cho chúng tôi biết quý vị đã gửi trở lại bản thăm dò ý kiến này và chúng tôi sẽ không gửi thư nhắc quý vị.] Nếu có thắc mắc về bản thăm dò ý kiến đính kèm, xin quý vị vui lòng gọi số điện thoại miễn phí này: 1-800-xxx-xxxx.

Chúng tôi vô cùng cảm ơn quý vị đã giúp đỡ trong việc cải tiến sự chăm sóc y tế tại bệnh viện.

Trân trọng,

[HOSPITAL ADMINISTRATOR]

[HOSPITAL NAME]

[OPTIONAL: Thẻ theo Đạo luật Giảm thiểu Thủ tục Giấy tờ năm 1995, không một ai bị bắt buộc phải trả lời và cung cấp thông tin trừ khi trên bản câu hỏi có ghi rõ số kiểm soát OMB có hiệu lực. Số kiểm soát OMB có hiệu lực cho bản thu thập thông tin này là 0938-0981 (Hết hạn ngày 30 tháng 11 năm 2021). Thời gian cần thiết để trả lời các câu hỏi này được ước tính trung bình là 7 phút cho các câu hỏi 1-29 trong bản thăm dò ý kiến này, kể cả thời gian đọc hướng dẫn, thời gian tìm kiếm, thu thập và xác nhận thông tin được yêu cầu, hoàn tất và kiểm tra lại bản trả lời. Nếu quý vị có ý kiến gì về mức chính xác của thời gian ước tính hoặc đề nghị gì trong việc đơn giản hóa bản thăm dò ý kiến này, vui lòng gửi thư về: Centers for Medicare & Medicaid Services, 7500 Security Boulevard, C1-25-05, Baltimore, MD 21244-1850.]