

# HCAHPS

## Web Survey (Arabic)

### PROGRAMMING SPECIFICATIONS

#### HCAHPS Survey Questions:

- *Display only one survey item per web screen*
- *When displayed, “BACK” button appears in the lower left of each web screen*
- *When displayed, “NEXT” button appears in the lower right of each web screen*
- *No changes are permitted to the wording or order of the HCAHPS questions (Questions 1-32) or the response categories*
- *All response categories must be listed vertically. Matrix format is not permitted.*
- *All questions can be paged through without requiring a response*
- *All questions are programmed to accept only one response, with the exception of Question 32*

#### Formatting:

- *Use computer programs that are accessible in mobile and computer versions that are 508 compliant, present similarly on different browser applications, browser sizes and platforms (mobile, tablet, computer)*
- *[Square brackets] and UPPERCASE letters are used to show programming and other instructions that must not actually appear on web screens*
- *Every web screen has a shaded header*
- *Every web screen uses a dark, readable font color (black or dark blue) and type (i.e., Arial or Times New Roman)*
- *Font color and size (12-point at a minimum) must be consistent throughout the web survey*
- *No changes are permitted to the formatting or wording of the web screens*
- *Wording that is underlined must be emphasized in the same manner*
- *Only one language (i.e., English, Spanish, etc.) may appear on each web screen throughout the survey*

#### Welcome Web Screen:

- *Hospital logos may be included on the Welcome web screen; however, other images, tag lines or website links are not permitted*
- *The [NUMBER] of minutes to answer the HCAHPS questions 1-32 should equal “8”*
- *If hospital-specific supplemental items (limit of 12) are added, the [NUMBER] of minutes should be populated as follows:*
  - *If 1 to 5 supplemental items are added, “[NUMBER]” should equal “9”*
  - *If 6 to 9 supplemental items are added, “[NUMBER]” should equal “10”*
  - *If 10 to 12 supplemental items are added, “[NUMBER]” should equal “11”*
- *Display customer support phone number (optional to provide customer support email address)*

### **OMB Paperwork Reduction Act Language and Copyright Statement:**

- *The OMB Paperwork Reduction Act language must be displayed on the Welcome web screen below the survey “START” button*
  - *The OMB language font size must appear smaller than the rest of the text of the Welcome web screen, but no smaller than 10-point at a minimum*
- *The copyright statement must be displayed on the Thank You web screen below the survey “SUBMIT” button*
  - *The copyright statement font size must appear smaller than the rest of the text of the Thank You web screen, but no smaller than 10-point at a minimum*

### **Supplemental Items:**

- *A limit of 12 supplemental items may be added to the survey in accordance with the following:*
  - *A mandatory transition statement and header must follow the last HCAHPS question (Question 32)*
  - *Only one supplemental item may be displayed per web screen*
  - *Each supplemental item must display a header. It is optional to repeat the header used for the transition statement as the supplemental item header or use text that aligns with the subject of the item(s). Supplemental item headers must **not** repeat the HCAHPS question headers.*
  - *Each supplemental item must display a “BACK” button in the lower left of each web screen*
  - *Each supplemental item must display a “NEXT” button in the lower right of each web screen*
- *See the Welcome Web Screen instructions above to determine the [NUMBER] of minutes based on the count of supplemental items added*

يرجى إفادتنا عن إقامتك مؤخرًا في مستشفى [NAME OF HOSPITAL] التي انتهت في [DATE OF DISCHARGE (MM/DD/YYYY)].

- ستحتاج إلى حوالي [NUMBER] دقيقة للإجابة على أسئلة [SURVEY VENDOR/HOSPITAL TO SPECIFY NUMBER – SEE PROGRAMMING SPECIFICATIONS FOR WELCOME [WEB SCREEN
- المشاركة في الاستبيان تطوعية
- لا تقم بتضمين أي إقامات بمستشفيات أخرى في إجاباتك.
- يمكنك تخطي أي سؤال (أسئلة) لا ترغب في الإجابة عليها
- يمكنك الخروج من الاستبيان في أي وقت
- سنحافظ على سرية إجاباتك

إذا كانت لديك أي أسئلة عن هذا الاستبيان، يرجى الاتصال بنا (OPTIONAL TO STATE المجاني) على [PHONE NUMBER] (OPTIONAL TO STATE) أو مراسلتنا عبر البريد الإلكتروني [EMAIL ADDRESS]. شكرًا لك.

اضغط على ابدأ لبدء الاستبيان.

ابدأ

وفقًا لقانون تخفيض الأعمال الورقية لعام 1995، لا يُلزم شخص بالرد على مجموعة من المعلومات ما لم تحمل رقم ضبط صحيحًا من مكتب الإدارة والميزانية. رقم ضبط مكتب الإدارة والميزانية الصحيح لعملية جمع المعلومات هذه هو 0938-0981 (تنتهي صلاحيته في 30 نوفمبر 2027). يُقدَّر الوقت اللازم لإكمال هذه المعلومات التي تم جمعها بمتوسط 8 دقائق للأسئلة من 1 إلى 32 في الاستبيان، بما في ذلك الوقت اللازم لمراجعة التعليمات والبحث في موارد البيانات الحالية وجمع البيانات المطلوبة وإكمال جمع المعلومات ومراجعتها. إذا كانت لديك أي تعليقات فيما يتعلق بدقة تقدير (تقديرات) الوقت أو أي اقتراحات لتحسين هذا النموذج، يُرجى إرسال رسالة إلى: مراكز Medicare وخدمات Medicaid الواقعة في Security Boulevard, C1- 7500 Baltimore, MD 21244-1850, 05-25.

### الرعاية المُقدّمة لك من طاقم التمريض

1. خلال مدة إقامتك بالمستشفى، ما معدّل معاملة طاقم التمريض لك بلطف واحترام؟

- مطلقاً
- أحياناً
- عادة
- دائماً

التالي

السابق

### الرعاية المُقدّمة لك من طاقم التمريض

2. خلال مدة إقامتك بالمستشفى، ما معدّل استماع طاقم التمريض لك بعناية؟

- مطلقاً
- أحياناً
- عادة
- دائماً

التالي

السابق

### الرعاية المُقدّمة لك من طاقم التمريض

3. خلال مدة إقامتك بالمستشفى، ما معدّل شرح طاقم التمريض الأمر لك بأسلوب مُبسّط؟

- مطلقاً
- أحياناً
- عادة
- دائماً

التالي

السابق

### الرعاية المُقدّمة لك من الأطباء

4. خلال مدة إقامتك بالمستشفى، ما معدّل معاملة الأطباء لك بلطف واحترام؟

- مطلقاً
- أحياناً
- عادة
- دائماً

التالي

السابق

### الرعاية المُقدَّمة لك من الأطباء

5. خلال مدة إقامتك بالمستشفى، ما معدّل استماع الأطباء لك بعناية؟

- مطلقاً
- أحياناً
- عادة
- دائماً

التالي

السابق

### الرعاية المُقدَّمة لك من الأطباء

6. خلال مدة إقامتك بالمستشفى، ما معدّل قيام الأطباء بشرح الأمور لك بأسلوب مُبسّط؟

- مطلقاً
- أحياناً
- عادة
- دائماً

التالي

السابق

### بيئة المستشفى

7. خلال مدة إقامتك بالمستشفى، ما معدّل المحافظة على نظافة غرفتك وحمامك؟

- مطلقاً
- أحياناً
- عادة
- دائماً

التالي

السابق

### بيئة المستشفى

8. كم مرة تمكنت من الحصول على الراحة التي تحتاجها أثناء إقامتك في المستشفى؟

- مطلقاً
- أحياناً
- عادة
- دائماً

التالي

السابق

### بيئة المستشفى

9. خلال مدة إقامتك بالمستشفى، ما معدّل الحفاظ على الهدوء بالمنطقة المحيطة بغرفتك ليلاً؟

- مطلقاً
- أحياناً
- عادة
- دائماً

التالي

السابق

### الرعاية الخاصة بك في هذا المستشفى

10. خلال مدة إقامتك بالمستشفى، كم مرة تم إبلاغ الأطباء وطاقم التمريض وغيرهم من العاملين بالمستشفى بآخر المستجدات بشأن رعايتك؟

- مطلقاً
- أحياناً
- عادة
- دائماً

التالي

السابق

### الرعاية الخاصة بك في هذا المستشفى

11. خلال مدة إقامتك بالمستشفى، كم مرة عمل الأطباء وطاقم التمريض وغيرهم من العاملين بالمستشفى معاً بشكل جيد لرعايتك؟

- مطلقاً
- أحياناً
- عادة
- دائماً

التالي

السابق

الرعاية الخاصة بك في هذا المستشفى

12. خلال مدة إقامتك بالمستشفى، هل احتجت إلى مساعدة من طاقم التمريض أو غيرهم من العاملين بالمستشفى للذهاب إلى الحمام أو في استخدام نونية السرير؟

- نعم  
 لا

التالي

السابق

[PROGRAMMING SPECIFICATION: IF RESPONSE AT Q12 IS "NO"]

- SKIP TO Q14
- STORE A VALUE OF "8" FOR NOT APPLICABLE IN Q13]

الرعاية الخاصة بك في هذا المستشفى

13. ما معدل حصولك على مساعدة للذهاب إلى الحمام أو استخدام نونية السرير في أقرب وقت تريد فيه المساعدة؟

- مطلقاً  
 أحياناً  
 عادة  
 دائماً

التالي

السابق

الرعاية الخاصة بك في هذا المستشفى

14. خلال مدة إقامتك بالمستشفى، عندما طلبت مساعدة فورية، كم مرة حصلت على المساعدة بمجرد حاجتك إليها؟

- مطلقاً  
 أحياناً  
 عادة  
 دائماً  
 لم يسبق لي طلب المساعدة على الفور

التالي

السابق

الرعاية الخاصة بك في هذا المستشفى

15. خلال مدة إقامتك بالمستشفى، هل تلقيت أي دواء لم تتناوله من قبل؟

- نعم  
 لا

التالي

السابق

[PROGRAMMING SPECIFICATION: IF RESPONSE AT Q15 IS "NO"

- SKIP TO Q18
- STORE A VALUE OF "8" FOR NOT APPLICABLE IN Q16 AND Q17]

الرعاية الخاصة بك في هذا المستشفى

16. قبل إعطائك أي دواء جديد، ما معدّل قيام طاقم المستشفى بإخبارك بالغرض من الدواء؟

- مطلقاً  
 أحياناً  
 عادة  
 دائماً

التالي

السابق

الرعاية الخاصة بك في هذا المستشفى

17. قبل إعطائك أي دواء جديد، ما معدّل قيام طاقم المستشفى بوصف الآثار الجانبية المحتملة بأسلوب مبسّط؟

- مطلقاً  
 أحياناً  
 عادة  
 دائماً

التالي

السابق



### الرعاية الخاصة بك في هذا المستشفى

18. خلال مدة إقامتك بالمستشفى، هل ساعدك الأطباء وطاقم التمريض وغيرهم من العاملين بالمستشفى على الراحة والتعافي؟

- نعم، بالتأكيد
- نعم، إلى حد ما
- لا

التالي

السابق

### مغادرة المستشفى

19. هل عمل الأطباء أو طاقم التمريض أو غيرهم من العاملين بالمستشفى معك ومع عائلتك أو مع مقدم الرعاية في وضع خطط لرعايتك بعد مغادرتك المستشفى؟

- نعم، بالتأكيد
- نعم، إلى حد ما
- لا

التالي

السابق

### مغادرة المستشفى

20. هل قام الأطباء أو طاقم التمريض أو غيرهم من العاملين بالمستشفى بإعطاء عائلتك أو مقدم الرعاية معلومات كافية بشأن الأعراض أو المشاكل الصحية التي يجب مراقبتها بعد مغادرتك المستشفى؟

- نعم، بالتأكيد
- نعم، إلى حد ما
- لا
- لم يكن لدي عائلة أو مقدم رعاية يراقب الأعراض أو المشاكل الصحية

التالي

السابق

### مغادرة المستشفى

21. بعد أن غادرت المستشفى، هل ذهبت مباشرة إلى منزلك، أو إلى منزل شخص آخر، أو إلى منشأة صحية أخرى؟

- منزلي  
 منزل شخص آخر  
 منشأة صحية أخرى

التالي

السابق

[PROGRAMMING SPECIFICATION: IF RESPONSE TO Q21 IS "ANOTHER HEALTH FACILITY"

- SKIP TO Q24
- STORE A VALUE OF "8" FOR NOT APPLICABLE IN Q22 AND Q23]

### مغادرة المستشفى

22. خلال مدة إقامتك بالمستشفى، هل تحدث معك الأطباء أو طاقم التمريض أو غيرهم من العاملين بالمستشفى بشأن ما إذا كنت ستحصل على المساعدة التي تحتاج إليها بعد مغادرتك المستشفى؟

- نعم  
 لا

التالي

السابق

### مغادرة المستشفى

23. خلال مدة إقامتك بالمستشفى، هل تلقيت معلومات مكتوبة حول الأعراض أو المشكلات الصحية التي يجب الانتباه لها بعد مغادرتك المستشفى؟

- نعم  
 لا

التالي

السابق

### التقييم العام للمستشفى

يُرجى الإجابة على الأسئلة التالية حول إقامتك في [HOSPITAL NAME] التي انتهت في [DISCHARGE MM/DD/YYYY]. ولا تقم بتضمين أي إقامات بمستشفيات أخرى في إجاباتك.

24. باستخدام أي رقم من 0 إلى 10، حيث يعني الرقم 0 "أسوأ مستشفى ممكن" ويعني الرقم 10 "أفضل مستشفى ممكن"، ما هو الرقم الذي ستستخدمه لتقييم هذا المستشفى أثناء مدة إقامتك؟

- 0 أسوأ مستشفى
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 أفضل مستشفى

التالي

السابق

### التقييم العام للمستشفى

25. هل توصي أصدقاءك وعائلتك بهذا المستشفى؟

- بالتأكيد لا
- على الأرجح لا
- على الأرجح نعم
- بالتأكيد نعم

التالي

السابق

### نبذة عنك

26. هل كان هناك تخطيط مسبق لهذه الإقامة في المستشفى؟

- نعم، بالتأكيد
- نعم، إلى حد ما
- لا

التالي

السابق

نبذة عنك

27. ما تقييمك لصحتك العامة بوجهٍ عام؟

- ممتازة
- جيدة جداً
- جيدة
- متوسطة
- سيئة

التالي

السابق

نبذة عنك

28. ما تقييمك لصحتك العامة العقلية أو النفسية بوجهٍ عام؟

- ممتازة
- جيدة جداً
- جيدة
- متوسطة
- سيئة

التالي

السابق

نبذة عنك

29. ما هي اللغة التي تتحدثها بصفة أساسية في منزلك؟

- الإنجليزية
- الإسبانية
- الصينية
- لغة أخرى

التالي

السابق

نبذة عنك

30. ما أعلى درجة أو مستوى دراسي أكملته؟

- الصف الثامن أو أقل
- بعض سنوات المرحلة الثانوية، ولكنني لمأكملها
- خريج المدرسة الثانوية أو حاصل على شهادة تطوير التعليم العام (GED)
- بعض سنوات التعليم الجامعي أو حاصل على مؤهل دراسة جامعية لمدة سنتين
- خريج كلية لمدة 4 سنوات
- شهادة دراسة جامعية لأكثر من 4 سنوات

التالي

السابق

نبذة عنك

31. هل أنت من أصل إسباني أو هسباني أو لاتيني؟

- لا، لست إسبانيًا/ هسبانيًا/ لاتينيًا
- نعم، كوبي
- نعم، مكسيكي، أمريكي مكسيكي، شيكانو
- نعم، بورتوريكي
- نعم، إسباني/ هسباني/ لاتيني آخر

التالي

السابق

نبذة عنك

32. ما هو عرقك؟ يُرجى تحديد خيار واحد أو أكثر.

- أمريكي من الهنود الحمر أو من سكان ألاسكا الأصليين
- آسيوي
- أسود أو أمريكي من أصل أفريقي
- من سكان جزر هاواي الأصليين أو غيرهم من سكان جزر المحيط الهادئ
- أبيض

التالي

السابق

[Q32 MUST BE PROGRAMMED TO ALLOW MULTIPLE RESPONSES.]

[IF HOSPITAL-SPECIFIC SUPPLEMENTAL QUESTION(S) ARE ADDED (LIMIT OF 12) THE MANDATORY TRANSITION STATEMENT INCLUDING THE HEADER MUST BE PLACED **ON A SEPARATE WEB SCREEN** IMMEDIATELY BEFORE THE FIRST SUPPLEMENTAL ITEM WEB SCREEN.]

### المزيد من الأسئلة عن تجاربك في هذا المستشفى

الأسئلة من 1 إلى 32 في هذا الاستبيان مقدّمة من وزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية لاستخدامها في قياس الجودة. أي أسئلة إضافية مقدّمة من مستشفى [NAME OF HOSPITAL] للحصول على مزيد من الملاحظات التقييمية عن إقامتك بالمستشفى ولن تتم مشاركتها مع وزارة الصحة والخدمات الإنسانية.

التالي

السابق

### شكراً لك

لقد وصلت إلى نهاية الاستبيان. إذا انتهيت من الإجابة على الأسئلة، يُرجى الضغط على إرسال لإنهاء الاستبيان. شكراً لك على وقتك.

إرسال

السابق

الأسئلة من 1 إلى 32 في هذا الاستبيان هي أعمال تابعة لحكومة الولايات المتحدة وهي ضمن الملكية العامة وبالتالي لا تخضع لقوانين حقوق الطبع والنشر الأمريكية.

# SAMPLE INITIAL EMAIL INVITATION

## PROGRAMMING SPECIFICATIONS

Use this invitation for the first email to sampled patients with an email address, for the following modes:

- Web-Mail
- Web-Phone
- Web-Mail-Phone

[SURVEY VENDOR/SELF-ADMINISTERING HOSPITAL EMAIL ADDRESS] :From

[SAMPLED PATIENT EMAIL ADDRESS] :To

[HOSPITAL NAME] :Subject

---

عزيزي [SAMPLED PATIENT FIRST AND LAST NAME] :

نودّ منك أن تُكمل استبيانًا عن [HOSPITAL NAME].

للإجابة على الاستبيان، يُرجى الضغط هنا. [PERSONALIZED LINK TO SURVEY]

يعد الاستبيان جزءًا من محاولة لفهم رؤية المرضى للرعاية التي يتلقونها في المستشفى. هذا الاستبيان برعاية وزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية وينبغي أن يستغرق إكمال الاستبيان حوالي [NUMBER] دقائق.

مشاركتك تطوعية وإجاباتك ستحظى بالخصوصية. ستساهم إجاباتك في تحسين جودة الرعاية المقدّمة بالمستشفى ومساعدة الأشخاص الآخرين على اتخاذ خيارات أكثر استنارة بشأن رعايتهم. يمكنك رؤية نتائج الاستبيان الحالية والاطلاع على تقييمات المستشفى على Care Compare على الموقع الإلكتروني [www.medicare.gov/care-compare](http://www.medicare.gov/care-compare) Medicare.gov.

إذا كان لديك أي أسئلة عن هذا الاستبيان، يُرجى الاتصال بهذا الرقم [PHONE NUMBER] (OPTIONAL TO STATE المجاني) (أو مراسلتنا عبر البريد الإلكتروني على العنوان الإلكتروني [EMAIL ADDRESS]).

نحن نقدر مساعدتك في تحسين الرعاية المقدّمة في المستشفى تقديرًا بالغًا.

مع خالص التحيات،

[HOSPITAL ADMINISTRATOR]

[HOSPITAL NAME]





# SAMPLE REMINDER EMAIL INVITATION

## PROGRAMMING SPECIFICATIONS

Use this invitation for the reminder emails to sampled patients with an email address, for the following modes:

- **Web-Mail (second and third email invitation)**
- **Web-Phone (second and third email invitation)**
- **Web-Mail-Phone (second email invitation)**

From: [SURVEY VENDOR/SELF-ADMINISTERING HOSPITAL EMAIL ADDRESS]

To: [SAMPLED PATIENT EMAIL ADDRESS]

Subject: يُرجى إفادتنا عن [HOSPITAL NAME]

---

عزيزي [SAMPLED PATIENT FIRST AND LAST NAME] :

لقد أرسلنا إليك قبل بضعة أيام رسالة بالبريد الإلكتروني نطلب منك تقديم ملاحظاتك التقييمية بشأن [HOSPITAL NAME]. إذا كنت قد أكملت الاستبيان بالفعل، فيرجى قبول شكرنا وتجاهل هذه الرسالة. ولكن إذا لم تكن قد أكملت الاستبيان بعد، فيرجى تخصيص بضع دقائق لإكماله الآن.

للإجابة على الاستبيان، يُرجى الضغط هنا. [PERSONALIZED LINK TO SURVEY]

يعد الاستبيان جزءًا من محاولة لفهم رؤية المرضى للرعاية التي يتلقونها في المستشفى. هذا الاستبيان برعاية وزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية وينبغي أن يستغرق إكمال الاستبيان حوالي [NUMBER] دقائق.

مشاركتك تطوعية وإجاباتك ستحظى بالخصوصية. ستساهم إجاباتك في تحسين جودة الرعاية المقدمة بالمستشفى ومساعدة الأشخاص الآخرين على اتخاذ خيارات أكثر استنارة بشأن رعايتهم. يمكنك رؤية نتائج الاستبيان الحالية والاطلاع على تقييمات المستشفى على Care Compare على الموقع الإلكتروني [www.medicare.gov/care-compare](http://www.medicare.gov/care-compare) Medicare.gov.

إذا كان لديك أي أسئلة عن هذا الاستبيان، يُرجى الاتصال بهذا الرقم [PHONE NUMBER] (OPTIONAL TO STATE المجاني) (أو مراسلتنا عبر البريد الإلكتروني على العنوان الإلكتروني [EMAIL ADDRESS]).

نحن نقدر مساعدتك في تحسين الرعاية المقدمة في المستشفى تقديرًا بالغًا.

مع خالص التحيات،

[HOSPITAL ADMINISTRATOR]

[HOSPITAL NAME]



## Web Survey and Email Invitation Required Language

For the full set of requirements for the HCAHPS web survey and email invitations, please see the HCAHPS Quality Assurance Guidelines, Web-Mail, Web-Phone and Web-Mail-Phone Survey Administration chapters.

### Verbatim Language on the Email Invitations

The following sentences must appear verbatim on each email invitation:

1. Subject line: [HOSPITAL NAME] يُرجى إفادتنا عن
2. Initial Email Invitation first sentence: .[HOSPITAL NAME] نودّ منك أن تكمل استبيانًا عن
3. Reminder Email Invitation first sentence: لقد أرسلنا إليك قبل بضعة أيام رسالة بالبريد الإلكتروني [HOSPITAL NAME] نطلب منك تقديم ملاحظتك التقييمية بشأن
4. [NUMBER] برعاية وزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية وينبغي أن يستغرق إكمال الاستبيان حوالي دقائق.
5. مشاركتك تطوعية وإجاباتك ستحظى بالخصوصية.
6. مشاركتك تطوعية وإجاباتك ستحظى بالخصوصية الآخرين على اتخاذ خيارات أكثر استنارة بشأن رعايتهم. يمكنك على الموقع الإلكتروني Care Compare رؤية نتائج الاستبيان الحالية والاطلاع على تقييمات المستشفى على [Medicare.gov \(www.medicare.gov/care-compare\)](http://www.medicare.gov/care-compare).
7. نحن نقدر بشدة مساعدتك في تحسين الرعاية في المستشفى.

Note: The [NUMBER] of minutes to answer the HCAHPS Survey questions 1-32 should equal "8." If hospital-specific supplemental items (limit of 12) are added, the [NUMBER] of minutes should be populated as follows:

- If 1 to 5 supplemental items are added, "[NUMBER]" should equal "9"
- If 6 to 9 supplemental items are added, "[NUMBER]" should equal "10"
- If 10 to 12 supplemental items are added, "[NUMBER]" should equal "11"

### OMB Paperwork Reduction Act Language

The OMB Paperwork Reduction Act language must appear verbatim on the Welcome web screen and appear below the survey "START" button. The following is the language that must be used:

وفقاً لقانون تخفيض الأعمال الورقية لعام 1995، لا يُلزم شخص بالرد على مجموعة من المعلومات ما لم تحمل رقم ضبط صحيحاً من مكتب الإدارة والميزانية. رقم ضبط مكتب الإدارة والميزانية الصحيح لعملية جمع المعلومات هذه هو يُقدّر الوقت اللازم لإكمال هذه المعلومات التي تم جمعها (نوفمبر 2027 30 تنتهي صلاحيته في) 0938-0981 بمتوسط 8 دقائق للأسئلة من 1 إلى 32 في الاستبيان، بما في ذلك الوقت اللازم لمراجعة التعليمات والبحث في موارد البيانات الحالية وجمع البيانات المطلوبة وإكمال جمع المعلومات ومراجعتها. إذا كانت لديك أي تعليقات فيما يتعلق بدقة وخدمات Medicare تقدير (تقديرات) الوقت أو أي اقتراحات لتحسين هذا النموذج، يُرجى إرسال رسالة إلى: مراكز Medicaid 7500 Security Boulevard, C1-25-05, Baltimore, MD 21244-1850 الواقعة في

## **Mandatory Transition Statement if Supplemental Items Are Added**

*The mandatory transition statement including the header must be placed on a separate web screen immediately before the first supplemental item web screen as follows.*

### *Header:*

المزيد من الأسئلة عن تجاربك في هذا المستشفى

### *Statement:*

الأسئلة من 1 إلى 32 في هذا الاستبيان مقدّمة من وزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية لاستخدامها في قياس للحصول على مزيد من الملاحظات [NAME OF HOSPITAL] الجودة. أي أسئلة إضافية مقدّمة من مستشفى التقييمية عن إقامتك بالمستشفى ولن تتم مشاركتها مع وزارة الصحة والخدمات الإنسانية.

## **Copyright Statement**

*The following copyright statement must be displayed on the Thank You web screen and appear below the survey “SUBMIT” button:*

الأسئلة من 1 إلى 32 في هذا الاستبيان هي أعمال تابعة لحكومة الولايات المتحدة وهي ضمن الملكية العامة وبالتالي لا تخضع لقوانين حقوق الطبع والنشر الأمريكية.

## **Unsubscribe/Opt-out Language (Optional)**

*An Unsubscribe statement is not required to be included in the email invitations. However, if an Unsubscribe statement is added, it should appear at the bottom of the email invitations as follows:*

إذا كنت تفضل عدم تلقي رسائل بريد إلكتروني أخرى تطلب منك المشاركة في هذا الاستبيان الذي يتناول إقامتك في المستشفى، فيرجى النقر على إلغاء الاشتراك.

*If clicking the Unsubscribe link takes the patient to a new page, that page **MUST** include the following statement:*

سنحذف اسمك من قائمة رسائل البريد الإلكتروني المستقبلية لهذا الاستبيان الذي يتناول إقامتك في المستشفى.