

**CAHPS[®] Survey for Accountable Care
Organizations (ACOs)
Participating in Medicare Initiatives**

**2016 CAHPS for ACOs Survey Initial Cover Letter
(Korean)**

THIS PAGE
INTENTIONALLY
LEFT BLANK

Reporting Period 2016 CAHPS for ACOs Survey
INITIAL COVER LETTER - Korean
[THE HEADING ABOVE IS NOT TO BE INCLUDED ON THE LETTER SENT TO BENEFICIARIES]

[VENDOR LETTERHEAD]

[VENDOR RETURN ADDRESS]
[LAST DATE OF 1ST SURVEY MAILING]

[FIRST LAST]님께

Medicare 수혜자로서 귀하는 필요할 때 귀하가 신뢰하는 의사, 간호사, 기타 의료 제공자들로부터 최고 수준의 진료를 받으실 자격이 있습니다. Medicare 및 Medicaid 서비스 센터(CMS)는 Medicare 프로그램을 관리하는 연방 정부 기관이며 귀하로하여금 최상의 진료를 받도록 하는 것이 이 기관의 책임입니다. CMS 가 이같은 책임을 이행할 수 있는 방법 중 하나는 Medicare 프로그램 하에서 귀하가 현재 받고 있는 서비스에 대해 귀하에게 직접 알아 보는 것입니다.

CMS 는 Medicare 수혜자들이 받는 진료 서비스에 대해 더 알아보기 위해 설문 조사를 실시하고 있습니다. CMS 는 이 설문 조사를 실시하기 위해 [VENDOR NAME] 와(과) 계약을 맺었습니다. 귀하의 이름은 동봉된 설문지에 언급된 제공자의 방문자들 중에서 CMS 가 무작위로 선정한 것입니다. 시간을 내셔서 설문에 응답해 주시면 대단히 감사하겠습니다. 약 20 분이 소요될 것입니다. 결과의 정확성은 이 설문을 위해 선정된 Medicare 수혜자인 귀하와 다른 사람들로부터 응답을 받는 데 달려 있습니다. 이것은 CMS 가 귀하에게 더 나은 서비스를 제공하도록 귀하가 도우실 기회입니다.

지난 6 개월간의 경험을 떠올리시면서 설문에 응답해 주시기 바랍니다. [VENDOR NAME] 은(는) 귀하의 신원 정보와 귀하가 제공해주신 모든 정보를 비밀로 유지하게 되며, 귀하의 정보는 1974 년 사생활 보호법에 따라 미국 연방법에 의해 보호됩니다. [VENDOR NAME] 은(는) 귀하의 정보를 법에 요구가 있을 경우를 제외하고는 CMS 의 관련 직원 외에는 그 누구와도 공유하지 않습니다. [VENDOR NAME] 은(는) 귀하의 개별 설문 내용을 귀하의 의료 제공자 중 그 누구에게도 공개하지 않습니다. 이 설문 조사에 반드시 참여하실 필요는 없습니다. 도움은 자발적인 것이며 참여 여부에 대한 결정은 귀하의 Medicare 혜택에 어떤 영향도 미치지 않습니다.

귀하가 받고 계신 진료의 수준에 대해 CMS 가 더 알 수 있도록 돕기 위해 이 기회를 활용하시기 바랍니다. 본 설문에 대해 질문이 있으시면 월요일부터 금요일까지 동부시간 오전 9 시에서 오후

6 시 사이에 [VENDOR NAME] (수신자 부담 전화번호:[VENDOR NUMBER])로 연락하십시오.
귀하의 참여에 미리 감사드립니다.

건강하세요.

[SIGNED BY PROJECT LEADER OR SENIOR LEADER AT VENDOR ORGANIZATION]