

**CAHPS<sup>®</sup> Survey for Accountable Care  
Organizations (ACOs)  
Participating in Medicare Initiatives**

**2018 CAHPS for ACOs Survey Second Cover Letter  
(Korean)**

# CAHPS for ACOs Survey

## SECOND 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 2<sup>nd</sup> SURVEY MAILING]

[FIRST LAST]님께

Medicare 및 Medicaid 서비스 센터(CMS)는 Medicare 프로그램을 관리하는 연방 정부 기관이며 귀하로 하여금 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 귀하께서 설문에 응답하심으로써 진료 경험을 나누어 주실 것을 부탁드립니다. 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. 저희는 최근 귀하에게 이 설문지를 우송하였으나 귀하로부터 응답을 받지 못하였기에 다시 한 부를 보내드립니다. 본 설문에 응답하심으로써 귀하가 받고 계신 진료의 수준에 대해 CMS 가 더 알 수 있도록 돕기 위해 이 기회를 활용하시기 바랍니다. 약 13 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 떠올리면서 설문에 응답해 주시기 바랍니다. [VENDOR NAME] 은 (는) 귀하의 신원 정보와 귀하가 비밀리에 제공해주신 모든 정보를 보유하게 되며, 귀하의 정보는 1974 년에 발효된 사생활 보호법에 따라 미국 연방법에 의해 보호됩니다. [VENDOR NAME] 은(는) 귀하의 정보를 법에 의한 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.

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]