

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

[HOSPITAL LETTERHEAD]

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

親愛的 [SAMPLED PATIENT NAME]:

我們的資料顯示您最近是[NAME OF HOSPITAL]的病人，在[DATE OF DISCHARGE (mm/dd/yyyy)]出院。因為您最近住過院，所以我們懇請您幫個忙。

隨附的意見調查是為了瞭解病人對醫院照顧品質的看法。意見調查中的問題 1-29 是由美國衛生及公共服務部（United States Department of Health and Human Services）贊助。回答這些問題大約需要 7 分鐘。

您的參與純屬自願，您的回答也會保密。關於醫院的調查結果將在網站上向大眾公佈 [www.medicare.gov/hospitalcompare](http://www.medicare.gov/hospitalcompare)，以便幫助消費者選擇醫院，同時幫助醫院改善所提供的照顧。

當您填完這份問卷後，請放入已付郵資的回郵信封寄回。[OPTIONAL: 您也許注意到了此問卷上的號碼。此號碼是讓我們知道您是否已回覆了問卷，而我們就不必再寄信提醒您。] 如果您對隨附的調查有任何問題，請撥打免費電話：1-800-xxx-xxxx。

我們非常感謝您在改善醫院照顧方面提供的幫助。

謹此，

[HOSPITAL ADMINISTRATOR]  
[HOSPITAL NAME]

[OPTIONAL: 根據 1995 年減低公文法案(Paperwork Reduction Act)，除非資料收集文件附有正式的 OMB 號碼，任何人都無須對此類文件作出回應。這份資料收集文件的正式 OMB 號碼是 0938-0981 (到期日 2021 年 11 月 30 日)。完成這份資料收集中 1-29 題所需的時間估計是平均 7 分鐘，這包括閱讀指示的時間、查詢現有數據來源、收集所需資料及完成並檢查填寫的資料。如果您對估計時間的準確性有任何指教或有改進本表格的建議，請寫信到：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 – Chinese

[HOSPITAL LETTERHEAD]

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

親愛的 [SAMPLED PATIENT NAME]:

我們的資料顯示您最近是[NAME OF HOSPITAL]的病人，在[DATE OF DISCHARGE (mm/dd/yyyy)]出院。大約三個星期前我們寄給您一份有關您住院的調查。如果您已經寄還給我們，請接受我們的謝意，並請不要繼續讀這封信。但是如果您尚未完成這份調查的話，請現在花幾分鐘時間填寫。

隨附的意見調查是為了瞭解病人對醫院照顧品質的看法。意見調查中的問題 1-29 是由美國衛生及公共服務部（United States Department of Health and Human Services）贊助。回答這些問題大約需要 7 分鐘。

您的參與純屬自願，您的回答也會保密。關於醫院的調查結果將在網站上向大眾公佈 [www.medicare.gov/hospitalcompare](http://www.medicare.gov/hospitalcompare)，以便幫助消費者選擇醫院，同時幫助醫院改善所提供的照顧。

當您填完這份問卷後，請放入已付郵資的回郵信封寄回。[OPTIONAL: 您也許注意到了此問卷上的號碼。此號碼是讓我們知道您是否已回覆了問卷，而我們就不必再寄信提醒您。] 如果您對隨附的調查有任何問題，請撥打免費電話：1-800-xxx-xxxx。

我們非常感謝您在改善醫院照顧方面提供的幫助。

謹此，

[HOSPITAL ADMINISTRATOR]  
[HOSPITAL NAME]

[OPTIONAL: 根據 1995 年減低公文法案(Paperwork Reduction Act)，除非資料收集文件附有正式的 OMB 號碼，任何人都無須對此類文件作出回應。這份資料收集文件的正式 OMB 號碼是 0938-0981 (到期日 2021 年 11 月 30 日)。完成這份資料收集中 1-29 題所需的時間估計是平均 7 分鐘，這包括閱讀指示的時間、查詢現有數據來源、收集所需資料及完成並檢查填寫的資料。如果您對估計時間的準確性有任何指教或有改進本表格的建議，請寫信到：Centers for Medicare & Medicaid Services, 7500 Security Boulevard, C1-25-05, Baltimore, MD 21244-1850.]