

«CaseID»

Month, Year

Dear Patient or Family Member:

We understand that you or someone close to you was recently a patient at «**Facility_Name**». The enclosed survey asks about the experiences you had prior to leaving «Facility_Name». We hope that you will take a few minutes to complete the questionnaire. Please seal in the enclosed envelope and deposit it in the box before leaving. If you prefer, you may also take it with you and return it to ORGANIZATION in the enclosed, postage-paid envelope.

When answering the questions, please consider the stay at «Facility_Name». Do not answer questions based on other stays the patient might have had at either this hospital or another hospital. If the patient needs assistance reading or answering the questions, someone may assist him or her. If the patient is not able to complete the survey, or if the patient is no longer alive, we request that a family member or caregiver familiar with the patient's stay at «Facility_Name» complete the survey.

All information you provide will be confidential. Your name, address, or any identifying information will not be linked to your responses. You do not have to participate in this survey. Your participation is voluntary and will not affect any health care benefits you receive.

If you have any questions about the survey, please call CONTACT NAME toll-free at TOLL FREE NUMBER. Thank you in advance for your participation.

Si desea recibir la versión de la encuesta en español, por favor llame al TOLL FREE NUMBER.

Sincerely,

NAME
TITLE, ORGANIZATION

«CaseID»

«CaseID»

Month, Year

Estimado(a) paciente o miembro de la familia,

Tenemos entendido que usted o alguien cercano a usted fue un paciente hace poco en «**Facility_Name**». La encuesta que se adjunta pregunta sobre las experiencias que usted tuvo antes de salir de «Facility_Name». Esperamos que tome unos minutos para completar el cuestionario. Por favor, colóquelo en el sobre adjunto y ciérrelo. Luego deposítelo en la caja antes de irse. Si lo prefiere, también se puede llevar el cuestionario y devolverlo a ORGANIZATION en el sobre adjunto pre-pagado que no necesita estampilla.

Al responder a las preguntas, por favor, considere la estadía más reciente en «Facility_Name». No responda a las preguntas basado(a) en otras veces que el paciente se haya quedado en este hospital o en algún otro hospital. Si el paciente necesita ayuda para leer o responder las preguntas, alguien le puede ayudar. Si el paciente no puede completar la encuesta o si el paciente ya no está vivo, le pedimos que un miembro de la familia o cuidador que esté familiarizado con la estadía del paciente en «Facility_Name» complete la encuesta.

Esta es una encuesta confidencial. No es obligatorio participar en esta encuesta. Su participación es voluntaria y no afectará a ninguno de los beneficios de atención médica que usted recibe.

Si tiene alguna pregunta sobre la encuesta, por favor llame a la CONTACT NAME al número gratuito TOLL FREE NUMBER. Le agradecemos de antemano por su participación.

(If you want to receive the English survey version, please call TOLL FREE NUMBER.)

Atentamente,

NAME

TITLE, ORGANIZATION

«CaseID»

«CaseID»

«Mail_Date»

«FirstName» «LastName»
«Address1»
«Address2»
«City_Name», «State_Code» «ZipCode»

Dear «FirstName» «LastName» or Family Member:

We understand that «FirstName» «LastName» was recently a patient at «**Facility_Name**» and was admitted on «**Admit_Date**» and **discharged on «Discharge_Date»**. The enclosed survey asks about the experiences the patient and his or her family had at «Facility_Name». We hope that you will take a few minutes to complete and return the questionnaire in the enclosed, postage-paid envelope.

When answering the questions, please consider the stay at the long-term care hospital «Facility_Name» between «Admit_Date» and «Discharge_Date». Do not answer questions based on other stays the patient might have had at either this hospital or another. If the patient needs assistance reading or answering the questions, someone may assist him/her. If the patient is not able to complete the survey, or if the patient is no longer alive, we request that a family member or caregiver familiar with the patient's stay at «Facility_Name» complete the survey.

All information you provide will be confidential. Your name, address, or any identifying information will not be linked to your responses. You do not have to participate in this survey. Your participation is voluntary and will not affect any health care benefits you receive.

If you have any questions about the survey, please call CONTACT toll-free at TOLL FREE #. Thank you in advance for your participation. Si desea recibir la versión de la encuesta en español, por favor llame al TOLL FREE #.

Sincerely,

NAME
TITLE, ORGANIZATION

«CaseID»

«CaseID»

«Mail_Date»

«FirstName» «LastName»
«Address1»
«Address2»
«City_Name», «State_Code» «ZipCode»

Estimado(a) «FirstName» «LastName» o miembro de la familia,

Tenemos entendido que «FirstName» «LastName» fue un paciente hace poco en «Facility_Name» y fue admitido(a) el «Admit_Date» y **se le dio de alta el «Discharge_Date»**. La encuesta que se adjunta pregunta sobre las experiencias que el paciente y la familia del paciente tuvieron en «Facility_Name». Esperamos que tome unos minutos para completar el cuestionario y enviarlo de regreso en el sobre adjunto pre-pagado que no necesita estampilla.

Al responder a las preguntas, por favor, considere la estadía en el hospital de atención médica a largo plazo «Facility_Name» entre el «Admit_Date» y el «Discharge_Date». No responda a las preguntas basado(a) en otras veces que el paciente se haya quedado en este hospital o en algún otro hospital. Si el paciente necesita ayuda para leer o responder a las preguntas, alguien le puede ayudar. Si el paciente no puede completar la encuesta o si el paciente ya no está vivo, le pedimos que un miembro de la familia o cuidador que esté familiarizado con la estadía del paciente en «Facility_Name» complete la encuesta.

Esta es una encuesta confidencial.. Su nombre, dirección y cualquier otra información de identidad no se asociarán con sus respuestas. No es obligatorio participar en esta encuesta. Su participación es voluntaria y no afectará a ninguno de los beneficios de atención médica que usted recibe.

Si tiene alguna sobre la encuesta, por favor llame a la CONTACT al número gratuito TOLL FREE NUMBER. Le agradecemos de antemano por su participación. (If you want to receive the English survey version, please call TOLL FREE NUMBER.)

Atentamente,

NAME
TITLE, ORGANIZATION

«CaseID»