Sample Notification Letters for the CAHPS® Health Plan Survey

This document contains sample letters and reminder postcards (in both English and Spanish) that you can customize to suit your own questionnaire. Because this material is regarded as a critical part of the survey protocol, it has been tested extensively. Sponsors and vendors are urged to use these letters and the tips provided in this document in order to help achieve target response rates.

Instructions for Customizing English Letters ***2***

Mail Survey

- Advance letter; mail with first survey for commercially insured (letter assumes active enrollment) 4
- Advance letter; mail with first survey for Medicaid 5
- First reminder; postcard 6
- Second reminder; mail with survey for commercially insured (letter assumes active enrollment) 7
- Second reminder; mail with survey for Medicaid 8

Telephone Survey

- Advance letter for commercially insured (letter assumes active enrollment) 9
- Advance letter for Medicaid 10

Instructions for Customizing Spanish Letters ***11***

Mail Survey

- Advance letter; mail with first survey for commercially insured (letter assumes active enrollment) 13
- Advance letter; mail with first survey for Medicaid 14
- First reminder; postcard 15
- Second reminder; mail with survey for commercially insured (letter assumes active enrollment) 16
- Second reminder; mail with first survey for Medicaid 17

Telephone Survey

- Advance letter for commercially insured (letter assumes active enrollment) 18
- Advance letter for Medicaid 19

Instructions for Customizing English Letters

The sample letters and reminders that follow have been provided to help you draft your own material. The following tips can help you customize the text to suit your particular needs:

1. **Print the letter on the sponsor's letterhead** so that the respondent can easily identify the source of the survey. Letterhead also lends the study credibility and has a note of authority.

2. If possible, **personalize the letter**. Whether you use a salutation with a Mr./Ms. or "first name, last name" depends on how the sample files have been maintained. A few survey sponsors have opted to address the respondent as "Dear [HEALTH PLAN NAME] Member" or as "Dear Member."

3. **Customize the privacy statement as appropriate** to meet the requirements of your institutional review board. Some sponsors have revised the third paragraph to read as follows:

   "Of course, what you have to say is private. Your answers will be part of a pool of information from others like you. What you write will be used only by this study. *[NAME OF SPONSOR] will not share it with anyone without your O.K., except where the law may require it.* **You may choose to fill out this survey or not. If you choose not to, this will not affect the benefits you get.**"

4. **Include a sentence or two on how the results will be used.** This provides the respondent with a concrete reason for participating in the survey.

5. Depending on your schedule and when you expect to send out the survey, **indicate the date by when the respondent should return the survey.**

6. **If you are conducting the child survey, revise the first and second paragraphs** to read as follows:

   "We need your help. Please fill out the enclosed survey that asks about the care your child, [ENTER SAMPLED CHILD'S NAME], got through [NAME OF HEALTH PLAN] in the last 12 months. By answering the questions about your child's care, you will help us provide information to people who have to choose a health plan during open enrollment this year. This is your chance to help us, and your health plan, serve you better.

> "Your child has been chosen as part of a scientific sample of health plan members. To get accurate results, we need to get answers from you and other people we ask to take part in this survey. We hope you will take the time to answer these questions. Most people find it takes only [TIME] minutes to answer these questions."

7. Some sponsors have faced a number of instances where the label with the ID number on the questionnaire has been torn off. To **allay respondents' anxiety about how the ID number is used**, add this note in the questionnaire after the confidentiality statement or add it to the letter.

   > "You may notice a number on the cover of this survey. This number is ONLY used to let us know if you returned your survey so we don't have to send you reminders."

8. The sample letter indicates the time required to complete the survey. Please **fill in the amount of time needed for your CAHPS questionnaire**. On average, the Adult Questionnaire takes about 15-17 minutes, while the Child Questionnaire takes about 20-30 minutes. Adding supplemental questions will increase this time. We recommend that you test your survey to determine the time needed to complete it.

Mail Survey

Advance letter; mail with first survey for **commercially insured** (letter assumes active enrollment)

DATE

FIRST AND LAST NAME
LINE ONE OF ADDRESS
LINE TWO OF ADDRESS (IF ANY)
CITY, STATE ZIP

Dear {Mr./Ms.} [LAST NAME]

We need your help. Please fill out the enclosed survey that asks about the care you got through [NAME OF HEALTH PLAN] in the last 12 months. By answering the questions, you will help us provide information to people who have to choose a health plan during open enrollment this year. This is your chance to help us, and your health plan, serve you better.

You have been chosen as part of a scientific sample of health plan members. To get accurate results, we need to get answers from you and other people we ask to take part in this survey. We hope you will take the time to answer these questions. Most people find it takes only [TIME] minutes to answer these questions.

Of course, what you have to say is private. Your answers will be part of a pool of information from others like you. What you write will be used only by this study. **You may choose to fill out this survey or not. If you choose not to, this will not affect the benefits you get.**

We hope you will take this chance to tell us about your health care. Please return the completed survey in the enclosed postage-paid envelope by [MONTH/DAY/YEAR]. If you prefer not to participate, please return the blank survey in the enclosed envelope. This will alert us to remove you from the mailing list.

If you have any questions, please call [CONTACT NAME] at (XXX) [XXX-XXXX]. All calls to this number are free. Thanks in advance for your help!

Sincerely,

[NAME OF PERSON REPRESENTING SPONSOR]

Sample Materials to Accompany

Mail Survey

Advance letter; mail with first survey for **Medicaid**

DATE

FIRST AND LAST NAME
LINE ONE OF ADDRESS
LINE TWO OF ADDRESS (IF ANY)
CITY, STATE ZIP

Dear {Mr./Ms.} [LAST NAME]

We need your help. Please fill out the enclosed survey that asks about the care you got through your health plan in the last 6 months. By answering the questions, you will help us provide people who are about to sign up for [MEDICAID/STATE NAME FOR MEDICAID] with information to use to choose a health plan. This is your chance to help us, and your health plan, serve you better.

You have been chosen as part of a scientific sample of health plan members. To get accurate results, we need to get answers from you and other people we ask to take part in this survey. We hope you will take the time to answer these questions. Most people find it takes only [TIME] minutes to answer these questions.

Of course, what you have to say is private. Your answers will be part of a pool of information from others like you. What you write will be used only by this study. **You may choose to fill out this survey or not. If you choose not to, this will not affect the benefits you get.**

We hope you will take this chance to tell us about your health care. Please return the completed survey in the enclosed postage-paid envelope by [MONTH/DAY/YEAR]. If you prefer not to participate, please return the blank survey in the enclosed envelope. This will alert us to remove you from the mailing list.

If you have any questions, please call [CONTACT NAME] at (XXX) [XXX-XXXX]. All calls to this number are free. Thanks in advance for your help!

Sincerely,

[NAME OF PERSON REPRESENTING SPONSOR]

Sample Materials to Accompany

Mail Survey

First reminder; **postcard**

[NAME OF SURVEY]

Hello!

Recently we sent you [NAME OF SURVEY].

Please fill out the survey and mail it back in the postage-paid envelope that came with it. Your answers to the survey questions will help us and your health plan to serve you better.

If you have sent back a completed survey, thank you!

If you did not get the survey or have lost it, please call [CONTACT NAME] at (XXX) [XXX-XXXX], and we'll send you another survey. All calls to this number are free.

THANK YOU! [NAME OF SPONSOR]

Mail Survey

Second reminder; mail with survey for **commercially insured** (letter assumes active enrollment)

DATE

FIRST AND LAST NAME
LINE ONE OF ADDRESS
LINE TWO OF ADDRESS (IF ANY)
CITY, STATE ZIP

Dear {Mr./Ms.} [LAST NAME]

We need your help. Recently, we mailed you a survey as part of an important study that we are conducting. We need your answers to make sure this study is a success. If you feel this survey does not apply to you, or if you have any questions, please call [CONTACT NAME] at (XXX) [XXX-XXXX]. All calls to this number are free.

We have enclosed another copy of the survey. Please fill out the enclosed survey that asks about the care you got through your health plan in the last 12 months. By answering the questions, you will help us provide information to people who have to choose a health plan during open enrollment this year. This is your chance to help us, and your health plan, serve you better.
You have been chosen as part of a scientific sample of health plan members. To get accurate results, we need to get answers from you and other people we ask to take part in this survey. We hope you will take the time to answer these questions. Most people find it takes only [TIME] minutes to answer these questions.

Of course, what you have to say is private. Your answers will be part of a pool of information from others like you. What you write will be used only by this study. **You may choose to fill out this survey or not. If you choose not to, this will not affect the benefits you get.**

We hope you will take this chance to tell us about your health care. Your answers could help other people choose the health plan that is best for them. Thanks in advance for your help!

Sincerely,

[NAME OF PERSON REPRESENTING SPONSOR]

Mail Survey

Second reminder; mail with survey for **Medicaid**

DATE

FIRST AND LAST NAME
LINE ONE OF ADDRESS
LINE TWO OF ADDRESS (IF ANY)
CITY, STATE ZIP

Dear {Mr./Ms.} [LAST NAME]

We need your help. Recently, we mailed you a survey as part of an important study that we are conducting. We need your answers to make sure this study is a success. If you feel this survey does not apply to you, or if you have any questions, please call [CONTACT NAME] at (XXX) [XXX-XXXX]. All calls to this number are free.

We have enclosed another copy of the survey. Please fill out the enclosed survey that asks about the care you got through your health plan in the last 6 months. By answering the questions, you will help us provide people who are about to sign up for [MEDICAID/STATE NAME FOR MEDICAID] with information to use to choose a health plan. This is your chance to help us, and your health plan, serve you better.

You have been chosen as part of a scientific sample of health plan members. To get accurate results, we need to get answers from you and other people we ask to take part in this survey. We hope you will take the time to answer these questions. Most people find it takes only [TIME] minutes to answer these questions.

Of course, what you have to say is private. Your answers will be part of a pool of information from others like you. What you write will be used only by this study. **You may choose to fill out this survey or not. If you choose not to, this will not affect the benefits you get.**

We hope you will take this chance to tell us about your health care. Your answers could help others on [MEDICAID/STATE NAME FOR MEDICAID] choose the health plan that is best for them. Thanks in advance for your help!

Sincerely,

[NAME OF PERSON REPRESENTING SPONSOR]

Telephone Survey

Advance letter for **commercially insured** (letter assumes active enrollment)

DATE

FIRST AND LAST NAME
LINE ONE OF ADDRESS
LINE TWO OF ADDRESS (IF ANY)
CITY, STATE ZIP

Dear {Mr./Ms.} [LAST NAME]

We need your help. We are conducting a survey that asks about the care you got through [NAME OF HEALTH PLAN]. This survey will help us provide information to people who have to choose a health plan during open enrollment this year. This is your chance to help us, and your health plan, serve you better.

Someone from [NAME OF SPONSOR'S VENDOR] will call you soon to ask you to take part in a telephone interview. The interviewer will ask questions about the care you got through your health plan in the last 12 months. We have found that the best way to find out about different health plans is to talk to people like you, who really know how your health plan works.
You have been chosen as part of the scientific sample of health plan members. To get accurate results, we need to get answers from you and other people we ask to take part in this interview. The interview will take only [TIME] minutes. We hope you will take the time to answer these questions.

Of course, what you have to say is private. Your answers will be part of a pool of information from others like you. What you say will be used only by this study. **You may choose to do the telephone interview or not. If you choose not to, this will not affect the benefits you get.**

We hope you will take this chance to talk to us about your health care. If you prefer not to participate, please call the number below. This will alert us to remove you from the list.
If you have any questions, please call [CONTACT NAME] at (XXX) [XXX-XXXX]. All calls to this number are free. Thanks in advance for your help!

Sincerely,

[NAME OF PERSON REPRESENTING SPONSOR]

Telephone Survey

Advance letter for **Medicaid**

DATE

FIRST AND LAST NAME
LINE ONE OF ADDRESS
LINE TWO OF ADDRESS (IF ANY)
CITY, STATE ZIP

Dear {Mr./Ms.} [LAST NAME]

We need your help. We are conducting a survey that asks about the care you got through your health plan. By answering the questions, you will help us provide people who are about to sign up for [MEDICAID/STATE NAME FOR MEDICAID] with information to use to choose a health plan. This is your chance to help us, and your health plan, serve you better.

Someone from [NAME OF SPONSOR'S VENDOR] will call you soon to ask you to take part in a telephone interview. The interviewer will ask questions about the care you got through your health plan in the last 6 months. We have found that the best way to find out about different health plans is to talk to people like you, who really know how your health plan works.
You have been chosen as part of the scientific sample of health plan members. To get accurate results, we need to get answers from you and other people we ask to take part in this interview. The interview will take only [TIME] minutes. We hope you will take the time to answer these questions.

Of course, what you have to say is private. Your answers will be part of a pool of information from others like you. What you say will be used only by this study. **You may choose to do the telephone interview or not. If you choose not to, this will not affect the benefits you get.**

We hope you will take this chance to talk to us about your health care. If you prefer not to participate, please call the number below. This will alert us to remove you from the list. If you have any questions, please call [CONTACT NAME] at (XXX) [XXX-XXXX]. All calls to this number are free. Thanks in advance for your help!

Sincerely,

[NAME OF PERSON REPRESENTING SPONSOR]

Instructions for Customizing Spanish Letters

Please follow these instructions if you are also administering the CAHPS Health Plan Survey in Spanish. These instructions are the same as the instructions for the English letters.

These sample letters and reminders have been provided to help you draft your own material. The following tips can help you customize the text to suit your particular needs.

1. **Print the letter on the sponsor's letterhead** so that the respondent can easily identify the source of the survey. Letterhead also lends the study credibility and has a note of authority.

2. If possible, **personalize the letter**. Whether you use a salutation with a Mr./Ms. or "first name, last name" depends on how the sample files have been maintained. A few survey sponsors have opted to address the respondent as "Dear [HEALTH PLAN NAME] Member" or as "Dear Member."

3. **Customize the privacy statement as appropriate** to meet the requirements of your institutional review board. Some sponsors have revised the third paragraph to read as follows:

   "Por supuesto, todo lo que nos cuenta es privado. Sus respuestas se van a juntar con las respuestas de todas las demás personas. Lo que nos cuenta se va a usar sólo para este estudio. *[NAME OF SPONSOR] no va a compartir lo que nos cuenta con ninguna persona sin su permiso a no ser que la ley lo requiera.* **Usted es libre de decidir si va a llenar la encuesta o no. Si decide no hacerlo, no va a afectar los beneficios que recibe."**

4. **Include a sentence or two on how the results will be used.** This provides the respondent with a concrete reason for participating in the survey.

5. Depending on your schedule and when you expect to send out the survey, **indicate the date by when the respondent should return the survey.**

6. **If you are conducting the *child questionnaire*, revise the first and second paragraphs** to read as follows:

   "¡Necesitamos su ayuda! Por favor, llene la encuesta que viene adjunta sobre la atención que recibió su niño/a [ENTER SAMPLED CHILD'S NAME], por parte de [NAME OF HEALTH PLAN] en los últimos 12 meses. Al contestar las

preguntas sobre la atención que recibió su niño/a, nos va a ayudar dar información a aquellas personas que este año tienen que escoger un seguro de salud. Esta es una oportunidad para ayudarnos y a la vez para ayudar a mejorar el servicio que le da su seguro de salud."

"Su niño/a fue escogido/a cientificamente para formar parte de una muestra de las personas que están inscritas en un seguro de salud. Para tener resultados acertados, se necesitan las respuestas que nos den usted y las demás personas que van a tomar parte en esta encuesta. Le rogamos que por favor tome el tiempo para contestar las preguntas. Para la mayoría de las personas, contestar las preguntas sólo toma [TIME] minutos."

7. Some sponsors have faced a number of instances where the label with the ID number on the questionnaire has been torn off. To **allay respondents' anxiety about how the ID number is used**, add this note in the questionnaire after the confidentiality statement or add it to the letter.

   "Se puede fijar en un número que aparece en la portada de la encuesta. Ese número es SOLO para saber que usted ya nos regresó la encuesta y que no tenemos que enviarle un recordatorio."

8. The sample letter indicates the time required to complete the survey. Please **fill in the amount of time needed for your CAHPS survey.** This will depend on the number of supplemental questions you have added. We recommend that you test your survey to determine the time needed to complete it.

Mail Survey

Advance letter; mail with first survey for **commercially insured** (letter assumes active enrollment)

DATE

FIRST AND LAST NAME
LINE ONE OF ADDRESS
LINE TWO OF ADDRESS (IF ANY)
CITY, STATE ZIP

Estimado/a {Mr./Ms.} [LAST NAME]:

¡Necesitamos su ayuda! Por favor, llene la encuesta que viene adjunta sobre la atención que recibió en los últimos 12 meses por parte de [NAME OF HEALTH PLAN]. Al contestar las preguntas, nos va a ayudar dar información a aquellas personas que este año tienen que escoger un seguro de salud. Esta es una oportunidad para ayudarnos y a la vez para ayudar a mejorar el servicio que le da su seguro de salud.

Usted fue escogido/a científicamente para formar parte de una muestra de las personas que están inscritas en un seguro de salud. Para tener resultados acertados, se necesitan las respuestas que nos den usted y las demás personas que van a tomar parte en esta encuesta. Le rogamos que por favor tome el tiempo para contestar las preguntas. Para la mayoría de las personas, contestar las preguntas sólo toma [TIME] minutos.

Por supuesto, todo lo que nos cuenta es privado. Sus respuestas se van a juntar con las respuestas de todas las demás personas. Lo que nos cuenta se va a usar sólo para este estudio. **Usted es libre de decidir si va a llenar la encuesta o no. Si decide no hacerlo, no va a afectar los beneficios que recibe.**

Esperamos que aproveche esta oportunidad que tiene para contarnos sobre la atención que recibe. Por favor, regrésenos la encuesta completada en el sobre con timbre pagado que viene adjunto antes de [MONTH/DAY/YEAR]. Una vez que recibamos su encuesta, le vamos a quitar su nombre de nuestra lista.

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a [CONTACT NAME] en el teléfono (XXX) [XXX-XXXX]. La llamada es gratis. De antemano, ¡muchas gracias por su ayuda!

Atentamente,

[NAME OF PERSON REPRESENTING SPONSOR]

Sample Materials to Accompany

Mail Survey

Advance letter; mail with first survey for **Medicaid**

DATE

FIRST AND LAST NAME
LINE ONE OF ADDRESS
LINE TWO OF ADDRESS (IF ANY)
CITY, STATE ZIP

Estimado/a {Mr./Ms.} [LAST NAME]:

¡Necesitamos su ayuda! Por favor, llene la encuesta que viene adjunta sobre la atención que recibió en los últimos 6 meses por parte de su seguro de salud. Al contestar las preguntas, nos va a ayudar dar a aquellas personas que están a punto de inscribirse en [MEDICAID/STATE NAME FOR MEDICAID] información que van a poder usar para escoger un seguro de salud. Esta es una oportunidad para ayudarnos y a la vez para ayudar a mejorar el servicio que le da su seguro de salud.

Usted fue escogido/a científicamente para formar parte de una muestra de las personas que están inscritas en un seguro de salud. Para tener resultados acertados, se necesitan las respuestas que nos den usted y las demás personas que van a tomar parte en esta encuesta. Le rogamos que por favor tome el tiempo para contestar las preguntas. Para la mayoría de las personas, contestar las preguntas sólo toma [TIME] minutos.

Por supuesto, todo lo que nos cuenta es privado. Sus respuestas se van a juntar con las respuestas de todas las demás personas. Lo que nos cuenta se va a usar sólo para este estudio. **Usted es libre de decidir si va a llenar la encuesta o no. Si decide no hacerlo, no va a afectar los beneficios que recibe.**

Esperamos que aproveche esta oportunidad que tiene para contarnos sobre la atención que recibe. Por favor, regrésenos la encuesta completada en el sobre con timbre pagado que viene adjunto antes de [MONTH/DAY/YEAR]. Una vez que recibamos su encuesta, le vamos a quitar su nombre de nuestra lista.

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a [CONTACT NAME] en el teléfono (XXX) [XXX-XXXX]. La llamada es gratis. De antemano, ¡muchas gracias por su ayuda!

Atentamente,

[NAME OF PERSON REPRESENTING SPONSOR]

Sample Materials to Accompany

Mail Survey

First reminder; **postcard**

[NAME OF SURVEY]

¡Hola!

Hace poco se le envió [NAME OF SURVEY].

Por favor, llene la encuesta y regrésenosla en el sobre con timbre pagado que vino adjunto. Sus respuestas nos van a ayudar y a la vez ayudar a mejorar el servicio que le da su seguro de salud.

Si ya nos regresó la encuesta ¡muchas gracias por su ayuda!

Si no recibió la encuesta o si la perdió, por favor llame a [CONTACT NAME] en el teléfono (XXX) [XXX-XXXX] para mandársela otra vez. La llamada es gratis.

¡GRACIAS! [NAME OF SPONSOR]

Mail Survey

Second reminder; mail with survey for **commercially insured** (letter assumes active enrollment)

DATE

FIRST AND LAST NAME
LINE ONE OF ADDRESS
LINE TWO OF ADDRESS (IF ANY)
CITY, STATE ZIP

Estimado/a {Mr./Ms.} [LAST NAME]:

¡Necesitamos su ayuda! Hace poco, se le envió una encuesta que es parte de un estudio importante que se está llevando a cabo. Se necesitan sus respuestas para asegurar que el estudio sea un éxito. Si usted cree que la encuesta no tiene que ver con usted o si tiene alguna pregunta, por favor llame a [CONTACT NAME] en el teléfono (XXX) [XXX-XXXX]. La llamada es gratis.

Le estamos enviando otra copia de la encuesta. Por favor, llene la encuesta que viene adjunta sobre la atención que recibió en los últimos 12 meses por parte de [NAME OF HEALTH PLAN]. Al contestar las preguntas, nos va a ayudar dar información a aquellas personas que este año tienen que escoger un seguro de salud. Esta es una oportunidad para ayudarnos y a la vez para ayudar a mejorar el servicio que le da su seguro de salud.

Usted fue escogido/a científicamente para formar parte de una muestra de las personas que están inscritas en un seguro de salud. Para tener resultados acertados, se necesitan las respuestas que nos den usted y las demás personas que van a tomar parte en esta encuesta. Le rogamos que por favor tome el tiempo para contestar las preguntas. Para la mayoría de las personas, contestar las preguntas sólo toma [TIME] minutos.

Por supuesto, todo lo que nos cuenta es privado. Sus respuestas se van a juntar con las respuestas de todas las demás personas. Lo que nos cuenta se va a usar sólo para este estudio. Usted es libre de decidir si va a llenar la encuesta o no. Si decide no hacerlo, no va a afectar los beneficios que recibe.

Esperamos que aproveche esta oportunidad que tiene para contarnos sobre la atención que recibe. Sus respuestas pueden ayudar a otras personas escoger el seguro de salud que es mejor para ellas. De antemano, ¡muchas gracias por su ayuda!

Atentamente,

[NAME OF PERSON REPRESENTING SPONSOR]

Mail Survey

Second reminder; mail with survey for **Medicaid**

DATE

FIRST AND LAST NAME
LINE ONE OF ADDRESS
LINE TWO OF ADDRESS (IF ANY)
CITY, STATE ZIP

Estimado/a {Mr./Ms.} [LAST NAME]:

¡Necesitamos su ayuda! Hace poco, se le envió una encuesta que es parte de un estudio importante que se está llevando a cabo. Se necesitan sus respuestas para asegurar que el estudio sea un éxito. Si usted cree que la encuesta no tiene que ver con usted o si tiene alguna pregunta, por favor llame a [CONTACT NAME] en el teléfono (XXX) [XXX-XXXX]. La llamada es gratis.

Le estamos enviando otra copia de la encuesta. Por favor, llene la encuesta que viene adjunta sobre la atención que recibió en los últimos 6 meses por parte de su seguro de salud. Al contestar las preguntas, nos va a ayudar dar a aquellas personas que están a punto de inscribirse en [MEDICAID/STATE NAME FOR MEDICAID] información que van a poder usar para escoger un seguro de salud. Esta es una oportunidad para ayudarnos y a la vez para ayudar a mejorar el servicio que le da su seguro de salud.

Usted fue escogido/a científicamente para formar parte de una muestra de las personas que están inscritas en un seguro de salud. Para tener resultados acertados, se necesitan las respuestas que nos den usted y las demás personas que van a tomar parte en esta encuesta. Le rogamos que por favor tome el tiempo para contestar las preguntas. Para la mayoría de las personas, contestar las preguntas sólo toma [TIME] minutos.

Por supuesto, todo lo que nos cuenta es privado. Sus respuestas se van a juntar con las respuestas de todas las demás personas. Lo que nos cuenta se va a usar sólo para este estudio. **Usted es libre de decidir si va a llenar la encuesta o no. Si decide no hacerlo, no va a afectar los beneficios que recibe.**

Esperamos que aproveche esta oportunidad que tiene para contarnos sobre la atención que recibe. Sus respuestas pueden ayudar a aquellas personas que reciben [MEDICAID/STATE NAME FOR MEDICAID] para que puedan escoger el seguro de salud que es mejor para ellas. De antemano, ¡muchas gracias por su ayuda!

Atentamente,

[NAME OF PERSON REPRESENTING SPONSOR]

Telephone Survey

Advance letter for **commercially insured** (letter assumes active enrollment)

DATE

FIRST AND LAST NAME
LINE ONE OF ADDRESS
LINE TWO OF ADDRESS (IF ANY)
CITY, STATE ZIP

Estimado/a {Mr./Ms.} [LAST NAME]:

¡Necesitamos su ayuda! Estamos llevando a cabo una encuesta sobre la atención que recibió por parte de [NAME OF HEALTH PLAN]. Al contestar las preguntas, nos va a ayudar dar información a aquellas personas que este año tienen que escoger un seguro de salud. Esta es una oportunidad para ayudarnos y a la vez para ayudar a mejorar el servicio que le da su seguro de salud.

Un entrevistador de [NAME OF SPONSOR'S VENDOR] se va a poner en contacto con usted muy pronto para pedir su participación en una entrevista por teléfono. El entrevistador le va a hacer preguntas sobre la atención que recibió en los últimos 12 meses por parte de su seguro de salud. Nosotros hemos comprobado que la mejor manera de saber sobre los diferentes seguros de salud es hablar con personas como usted, las personas que mejor saben como trabaja su seguro de salud. Usted fue escogido/a científicamente para formar parte de una muestra de las personas que están inscritas en un seguro de salud. Para tener resultados acertados, se necesitan las respuestas que nos den usted y las demás personas que van a tomar parte en esta encuesta. Le rogamos que por favor tome el tiempo para contestar las preguntas. Para la mayoría de las personas, contestar las preguntas sólo toma [TIME] minutos.

Por supuesto, todo lo que nos cuenta es privado. Sus respuestas se van a juntar con las respuestas de todas las demás personas. Lo que nos cuenta se va a usar sólo para este estudio. **Usted es libre de decidir si va a llenar la encuesta o no. Si decide no hacerlo, no va a afectar los beneficios que recibe.**

Esperamos que aproveche esta oportunidad que tiene para contarnos sobre la atención que recibe. Si prefiere no participar, por favor llame al número de teléfono que aparece abajo para que podamos quitar su nombre de nuestra lista.

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a [CONTACT NAME] en el teléfono
(XXX) [XXX-XXXX]. La llamada es gratis. De antemano, ¡muchas gracias por su ayuda!

Atentamente,

[NAME OF PERSON REPRESENTING SPONSOR]

Telephone Survey

Advance letter for **Medicaid**

DATE

FIRST AND LAST NAME
LINE ONE OF ADDRESS
LINE TWO OF ADDRESS (IF ANY)
CITY, STATE ZIP

Estimado/a {Mr./Ms.} [LAST NAME]:

¡Necesitamos su ayuda! Estamos llevando a cabo una encuesta sobre la atención que recibió por parte de su seguro de salud. Al contestar las preguntas, nos va a ayudar dar información a aquellas personas que están a punto de inscribirse en [MEDICAID/STATE NAME FOR MEDICAID] para que puedan escoger un seguro de salud. Esta es una oportunidad para ayudarnos y a la vez para ayudar a mejorar el servicio que le da su seguro de salud.

Un entrevistador de [NAME OF SPONSOR'S VENDOR] se va a poner en contacto con usted muy pronto para pedir su participación en una entrevista por teléfono. El entrevistador le va a hacer preguntas sobre la atención que recibió en los últimos 12 meses por parte de su seguro de salud. Nosotros hemos comprobado que la mejor manera de saber sobre los diferentes seguros de salud es hablar con personas como usted, las personas que mejor saben como trabaja su seguro de salud.

Usted fue escogido/a científicamente para formar parte de una muestra de las personas que están inscritas en un seguro de salud. Para tener resultados acertados, se necesitan las respuestas que nos den usted y las demás personas que van a tomar parte en esta encuesta. Le rogamos que por favor tome el tiempo para contestar las preguntas. Para la mayoría de las personas, contestar las preguntas sólo toma [TIME] minutos.

Por supuesto, todo lo que nos cuenta es privado. Sus respuestas se van a juntar con las respuestas de todas las demás personas. Lo que nos cuenta se va a usar sólo para este estudio. **Usted es libre de decidir si va a llenar la encuesta o no. Si decide no hacerlo, no va a afectar los beneficios que recibe.**

Esperamos que aproveche esta oportunidad que tiene para contarnos sobre la atención que recibe. Si prefiere no participar, por favor llame al número de teléfono que aparece abajo para que podamos quitar su nombre de nuestra lista.

Atentamente,

[NAME OF PERSON REPRESENTING SPONSOR]