

Thăm dò ý kiến về kinh nghiệm Medicare 2024

HƯỚNG DẪN TRẢ LỜI THĂM DÒ Ý KIẾN MEDICARE

Bản thăm dò ý kiến này hỏi về quý vị và dịch vụ chăm sóc sức khỏe mà quý vị đã nhận được trong sáu tháng vừa qua. Khi trả lời mỗi câu hỏi, xin quý vị nghĩ về chính mình và những lần quý vị được cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe gặp mặt trực tiếp, qua điện thoại hoặc cuộc gọi video. Xin vui lòng dành thời giờ để trả lời bản thăm dò ý kiến này. Các câu trả lời của quý vị rất quan trọng đối với chúng tôi. Sau khi trả lời các câu hỏi, xin quý vị vui lòng gửi trở lại bản thăm dò ý kiến này, dùng phong bì đính kèm đã trả bưu phí, về [SURVEY VENDOR].

- Nếu quý vị thay đổi chương trình Medicare cho năm 2024, xin hãy trả lời các câu hỏi khi nghĩ về các trải nghiệm của mình trong 6 tháng vừa qua của năm 2023.
- Trả lời tất cả câu hỏi bằng cách đánh dấu "X" trong ô phía bên trái của câu hỏi, như thế này:
 Có
- Nhớ đọc kỹ tất cả các câu trả lời quý vị có thể chọn trước khi đánh dấu vào câu trả lời.
- Đôi khi quý vị được yêu cầu không trả lời một số câu hỏi trong bản thăm dò ý kiến này. Trong trường hợp này, quý vị sẽ thấy một mũi tên chỉ dẫn cho biết quý vị cần trả lời câu hỏi nào tiếp, như thế này: [→ Nếu Không, Xin Qua Câu Số 3]. Xem thí dụ dưới đây:

THÍ DỤ

1. Quý vị có mang máy trợ thính bây giờ không?
 Có
 Không → Nếu Không, Xin Qua Câu Số 3
2. Quý vị mang máy trợ thính từ bao giờ?
 Chưa đến 1 năm
 1 đến 3 năm
 Lâu hơn 3 năm
 Tôi không có mang máy trợ thính
3. Trong 6 tháng vừa qua, quý vị có bị nhức đầu không?
 Có
 Không

Thế theo Đạo luật Giảm thiểu Thủ tục Giấy tờ năm 1995, không một ai bị bắt buộc phải trả lời và cung cấp thông tin trừ khi trên bản câu hỏi có ghi rõ số kiểm soát OMB có hiệu lực. Điều này áp dụng cho cả trường hợp thu thập thông tin bắt buộc lẫn tự nguyện. Số kiểm soát OMB có hiệu lực cho bản thu thập thông tin này là **0938-0732** (hết hạn ngày 31/1/2025). Thời gian cần thiết để hoàn thành bản thu thập thông tin này được ước tính trung bình **15.2 phút**, bao gồm thời gian để xem xét hướng dẫn, tìm kiếm các nguồn dữ liệu hiện có, thu thập các dữ liệu cần thiết, hoàn thành và xem xét lại việc thu thập thông tin. Nếu quý vị có ý kiến gì về mức chính xác của thời gian ước tính hoặc đề nghị gì trong việc đơn giản hóa bản thăm dò ý kiến này, vui lòng gửi thư về: Centers for Medicare & Medicaid Services, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, C1-25-05, Baltimore, MD 21244-1850.

1. Hồ sơ của chúng tôi cho thấy trong năm 2023 quý vị được chương trình bảo hiểm sức khỏe có tên trên trang sau cung cấp bảo hiểm cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị. Có đúng như thế không?

- Có → **Nếu Có, Xin Qua Câu Số 3**
 Không

2. Vui lòng viết tên chương trình bảo hiểm sức khỏe mà quý vị đã có trong năm 2023 bên dưới và hoàn tất phần còn lại của bản thăm dò ý kiến này dựa trên kinh nghiệm của quý vị với chương trình đó. (Vui lòng viết bằng chữ in)

Sự Chăm sóc Sức khỏe của Quý vị trong 6 Tháng Vừa qua

Nội dung của các câu hỏi sau đây là về những lần quý vị được chăm sóc sức khỏe tại phòng khám, phòng cấp cứu, hoặc văn phòng bác sĩ, bao gồm chăm sóc trực tiếp, qua điện thoại hoặc qua cuộc gọi video.

3. Trong vòng 6 tháng qua, quý vị có bị bệnh, bị thương hay có bệnh trạng nào cần được chăm sóc ngay lập tức không?

- Có
 Không → **Nếu Không, Xin Qua Câu Số 5**

4. Trong 6 tháng vừa qua, khi quý vị cần được chăm sóc ngay, quý vị có thường được chăm sóc sớm như quý vị cần không?

- Chưa bao giờ
 thỉnh thoảng
 Thường thường
 Luôn luôn

5. Trong vòng 6 tháng qua, quý vị có lấy hẹn để được khám trực tiếp, qua điện thoại hoặc qua cuộc gọi video để khám tổng quát hoặc chăm sóc sức khỏe định kỳ không?

- Có
 Không → **Nếu Không, Xin Qua Câu Số 7**

6. Trong 6 tháng vừa qua, quý vị có thường lấy được hẹn để khám sức khỏe tổng quát hoặc chăm sóc định kỳ sớm như quý vị cần không?

- Chưa bao giờ
 thỉnh thoảng
 Thường thường
 Luôn luôn

7. Trong vòng 6 tháng qua, không tính những lần đến phòng cấp cứu, quý vị đã được chăm sóc sức khỏe trực tiếp, qua điện thoại hoặc qua cuộc gọi video bao nhiêu lần?

- Không lần nào → **Nếu Không Lần Nào, Xin Qua Câu Số 9**
- 1 lần
 2
 3
 4
 5 đến 9 lần
 10 lần hoặc nhiều hơn

8. Thời gian chờ đợi bao gồm cả thời gian quý vị phải chờ tại phòng chờ và thời gian chờ trong phòng khám. Trong 6 tháng vừa qua, quý vị có thường gặp được chuyên gia y tế cần gặp trong vòng 15 phút sau giờ hẹn không?

- Chưa bao giờ
 Thỉnh thoảng
 Thường thường
 Luôn luôn

9. Dùng từ số 0 đến số 10, số 0 dành cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe kém nhất và số 10 dành cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe tốt nhất, quý vị sẽ chọn số nào để đánh giá về tất cả dịch vụ chăm sóc y tế trong 6 tháng vừa qua?

- 0 Dịch vụ chăm sóc sức khỏe kém nhất có thể
 1
 2
 3
 4
 5
 6
 7
 8
 9
 10 Dịch vụ chăm sóc sức khỏe tốt nhất có thể

10. Trong 6 tháng vừa qua, quý vị có thường được nhận các dịch vụ chăm sóc, xét nghiệm hoặc điều trị mà quý vị cần một cách dễ dàng không?

- Chưa bao giờ
 Thỉnh thoảng
 Thường thường
 Luôn luôn

Bác sĩ Gia đình của Quý vị

11. Bác sĩ riêng là người quý vị sẽ trao đổi nếu cần khám sức khỏe tổng quát, muốn xin lời khuyên về sức khỏe hay nếu bị bệnh hoặc bị thương. Quý vị có bác sĩ riêng không?

- Có
 Không → **Nếu Không, Xin Qua Câu Số 27**

12. Trong vòng 6 tháng qua, bác sĩ riêng đã thăm khám sức khỏe cho quý vị bao nhiêu lần, cả trực tiếp, qua điện thoại hoặc qua cuộc gọi video?

- Không lần nào → **Nếu Không Lần Nào, Xin Qua Câu Số 27**

- 1 lần
 2
 3
 4
 5 đến 9 lần
 10 lần hoặc nhiều hơn

13. Trong 6 tháng vừa qua, bác sĩ gia đình của quý vị có thường giải thích vấn đề theo cách dễ hiểu không?

- Chưa bao giờ
 Thỉnh thoảng
 Thường thường
 Luôn luôn

14. Trong 6 tháng vừa qua, bác sĩ gia đình của quý vị có thường lắng nghe những điều quý vị bày tỏ không?

- Chưa bao giờ
 Thỉnh thoảng
 Thường thường
 Luôn luôn

15. Trong 6 tháng vừa qua, bác sĩ gia đình của quý vị có thường tỏ ra tôn trọng những điều quý vị muốn nói không?

- Chưa bao giờ
- Thỉnh thoảng
- Thường thường
- Luôn luôn

16. Trong 6 tháng vừa qua, bác sĩ gia đình của quý vị có thường dành đủ thời giờ với quý vị không?

- Chưa bao giờ
- Thỉnh thoảng
- Thường thường
- Luôn luôn

17. Dùng từ số 0 đến số 10, số 0 dành cho bác sĩ gia đình kém nhất và số 10 dành cho bác sĩ gia đình tốt nhất, quý vị sẽ chọn số nào để đánh giá về bác sĩ gia đình của quý vị?

- 0 Bác sĩ chăm sóc riêng kém nhất có thể
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 Bác sĩ gia đình tốt nhất có thể

18. Trong vòng 6 tháng qua, khi quý vị trao đổi với bác sĩ riêng trong buổi hẹn khám theo lịch, bác sĩ của quý vị có thường nắm được hồ sơ bệnh án và các thông tin khác về tình hình chăm sóc sức khỏe của quý vị không?

- Chưa bao giờ
- Thỉnh thoảng
- Thường thường
- Luôn luôn

19. Trong 6 tháng vừa qua, bác sĩ gia đình của quý vị có yêu cầu cho quý vị làm xét nghiệm máu, chụp quang tuyến X hoặc làm xét nghiệm nào khác không?

- Có
- Không → Nếu Không, Xin Qua Câu Số 22

20. Trong 6 tháng vừa qua, khi bác sĩ gia đình yêu cầu cho quý vị xét nghiệm máu, chụp quang tuyến X hoặc xét nghiệm nào khác, có ai trong văn phòng bác sĩ gia đình của quý vị thường theo dõi và thông báo cho quý vị biết các kết quả xét nghiệm không?

- Chưa bao giờ
- Thỉnh thoảng
- Thường thường
- Luôn luôn

21. Trong 6 tháng vừa qua, khi bác sĩ gia đình yêu cầu cho quý vị xét nghiệm máu, chụp quang tuyến X hoặc xét nghiệm nào khác, quý vị có thường nhận được kết quả sớm như yêu cầu không?

- Chưa bao giờ
- Thỉnh thoảng
- Thường thường
- Luôn luôn

22. Trong 6 tháng vừa qua, quý vị có dùng thuốc theo toa nào không?

- Có
 Không → **Nếu Không, Xin Qua Câu Số 24**

23. Trong 6 tháng vừa qua, quý vị có thường nói chuyện với bác sĩ gia đình về tất cả các thuốc theo toa quý vị đang dùng không?

- Chưa bao giờ
 Thỉnh thoảng
 Thường thường
 Luôn luôn

24. Trong 6 tháng vừa qua, quý vị có được nhiều chuyên gia y tế khác nhau chăm sóc hoặc sử dụng nhiều dịch vụ chăm sóc y tế khác nhau không?

- Có
 Không → **Nếu Không, Xin Qua Câu Số 27**

25. Trong 6 tháng vừa qua, quý vị có cần giúp đỡ từ bất kỳ ai ở văn phòng bác sĩ gia đình của quý vị để quản lý việc chăm sóc của quý vị với các chuyên gia y tế và dịch vụ khác nhau này không?

- Có
 Không → **Nếu Không, Xin Qua Câu Số 27**

26. Trong 6 tháng vừa qua, quý vị có nhận được sự giúp đỡ quý vị cần từ văn phòng bác sĩ gia đình của quý vị để quản lý việc chăm sóc của quý vị với các chuyên gia y tế và dịch vụ khác nhau này không?

- Có, chắc chắn
 Có, chút ít
 Không

VỀ CÁC DỊCH VỤ QUÝ VỊ NHẬN ĐƯỢC TỪ BÁC SĨ CHUYÊN KHOA

Khi trả lời những câu hỏi tiếp theo, vui lòng nghĩ đến những lần quý vị được chăm sóc sức khỏe trực tiếp, qua điện thoại hoặc qua cuộc gọi video.

27. Bác sĩ chuyên khoa là những bác sĩ như bác sĩ giải phẫu, bác sĩ tim, bác sĩ chuyên khoa dị ứng, bác sĩ da liễu và những bác sĩ khác có chuyên môn về một lĩnh vực y khoa nào đó. Bác sĩ gia đình của quý vị có phải là bác sĩ chuyên khoa không?

- Có → **Nếu Có, vui lòng bao gồm cả bác sĩ gia đình của quý vị khi trả lời những câu hỏi về bác sĩ chuyên khoa**
 Không

28. Trong 6 tháng vừa qua, quý vị có lấy hẹn với bác sĩ chuyên khoa không?

- Có
 Không → **Nếu Không, Xin Qua Câu Số 33**

29. Trong vòng 6 tháng qua, quý vị có thường lấy được hẹn với bác sĩ chuyên khoa ngay khi cần không?

- Chưa bao giờ
 Thỉnh thoảng
 Thường thường
 Luôn luôn

30. Quý vị đã trao đổi với bao nhiêu bác sĩ chuyên khoa trong vòng 6 tháng qua?

Không bác sĩ nào → **Nếu Không bác sĩ nào, Xin Qua Câu Số 33**

- 1 Bác sĩ chuyên khoa
- 2
- 3
- 4
- 5 Bác sĩ chuyên khoa hoặc nhiều hơn

31. Chúng tôi muốn biết đánh giá của quý vị về bác sĩ chuyên khoa mà quý vị hay trao đổi nhất trong vòng 6 tháng qua. Trên thang điểm từ 0 – 10, trong đó 0 là “bác sĩ chuyên khoa tệ nhất có thể” và 10 là “bác sĩ chuyên khoa tốt nhất có thể”, quý vị sẽ đánh giá mấy điểm cho bác sĩ chuyên khoa đó?

- 0 Bác sĩ chuyên khoa kém nhất có thể
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 Bác sĩ chuyên khoa tốt nhất có thể

32. Trong 6 tháng vừa qua, bác sĩ gia đình của quý vị có thường tỏ ra như họ biết rõ và có đầy đủ thông tin về sự chăm sóc mà quý vị nhận được từ các bác sĩ chuyên khoa không?

- Chưa bao giờ
- thỉnh thoảng
- Thường thường
- Luôn luôn
- Tôi không có bác sĩ gia đình
- Tôi đã không có bất kỳ trao đổi nào với bác sĩ riêng của mình trong vòng 6 tháng qua
- Bác sĩ gia đình của tôi là bác sĩ chuyên khoa

Chương trình Bảo hiểm Sức khỏe của Quý vị

33. Trong 6 tháng vừa qua, quý vị có nhận thông tin hoặc giúp đỡ từ ban dịch vụ khách hàng của chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị không?

- Có
- Không → **Nếu Không, Xin Qua Câu Số 36**

34. Trong 6 tháng vừa qua, ban dịch vụ khách hàng của chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị có thường cung cấp cho quý vị thông tin hoặc giúp đỡ quý vị khi quý vị cần không?

- Chưa bao giờ
- thỉnh thoảng
- Thường thường
- Luôn luôn

35. Trong 6 tháng vừa qua, nhân viên ban dịch vụ khách hàng của chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị có thường lịch sự và tôn trọng quý vị không?

- Chưa bao giờ
- Thỉnh thoảng
- Thường thường
- Luôn luôn

36. Trong 6 tháng vừa qua, chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị có gửi đơn nào để quý vị điền không?

- Có
- Không → **Nếu Không, Xin Qua**

Câu Số 38

37. Trong 6 tháng vừa qua, các đơn từ chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị có thường dễ điền không?

- Chưa bao giờ
- Thỉnh thoảng
- Thường thường
- Luôn luôn

38. Dùng từ số 0 đến số 10, số 0 dành cho chương trình bảo hiểm sức khỏe kém nhất và số 10 dành cho chương trình bảo hiểm sức khỏe tốt nhất, quý vị sẽ chọn số nào để đánh giá về chương trình bảo hiểm sức khỏe của mình?

- 0 Chương trình bảo hiểm sức khỏe kém nhất có thể
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 Chương trình bảo hiểm sức khỏe tốt nhất có thể

39. Phụ trả (*co-pay*) là số tiền quý vị phải trả khi đi khám tại văn phòng bác sĩ hoặc phòng khám. Trong 6 tháng vừa qua, chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị có đề nghị giảm phụ trả của quý vị vì lý do quý vị đang có bệnh trong người (như huyết áp cao) không?

- Có
- Không
- Tôi không chắc
- Tôi không phải trả phụ trả (*co-pay*)
- Tôi không có bệnh trong người
- Tôi đã được giảm phụ trả (*co-pay*) vì lý do khác

40. Phúc lợi của chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị là các loại dịch vụ chăm sóc sức khỏe và các dịch vụ mà quý vị có thể có được theo chương trình. Trong 6 tháng vừa qua, chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị có cung cấp thêm phúc lợi cho quý vị vì lý do quý vị đang có bệnh trong người (như huyết áp cao) không?

- Có
- Không
- Tôi không chắc
- Tôi không có bệnh trong người
- Tôi đã được cung cấp những phúc lợi khác vì lý do khác

Thông tin về Quý vị

41. Nói chung, quý vị đánh giá sức khỏe tổng quát của quý vị như thế nào?

- Xuất sắc
- Rất tốt
- Tốt
- Tạm được
- Kém

42. Nói chung, quý vị đánh giá sức khỏe tâm thần hoặc cảm xúc tổng quát của quý vị như thế nào?

- Xuất sắc
- Rất tốt
- Tốt
- Tạm được
- Kém

43. Quý vị chủ yếu nói ngôn ngữ nào nhiều nhất ở nhà?

- Tiếng Anh
- Tiếng Tây Ban Nha
- Tiếng Trung
- Tiếng Hàn
- Tiếng Tagalog
- Tiếng Việt
- Ngôn ngữ khác → Vui lòng ghi chữ in hoa: _____

44. Trong 6 tháng vừa qua, quý vị có nằm bệnh viện một đêm hoặc nhiều hơn một đêm không?

- Có
- Không

45. Trong 6 tháng vừa qua, quý vị có thường mua được thuốc bác sĩ kê toa một cách dễ dàng không?

- Chưa bao giờ
- Thỉnh thoảng
- Thường thường
- Luôn luôn
- Bác sĩ của tôi không có kê toa thuốc nào cho tôi trong 6 tháng vừa qua

46. Quý vị có được bảo hiểm trả một phần hoặc toàn bộ chi phí thuốc theo toa của quý vị không?

- Có
- Không
- Không biết

47. Trong 6 tháng vừa qua, quý vị có chờ hoặc không đi mua thuốc vì quý vị thấy mình không đủ khả năng mua thuốc không?

- Có
 Không
 Bác sĩ của tôi không có kê toa thuốc nào cho tôi trong 6 tháng vừa qua

48. Trong vòng 6 tháng qua, từ phòng khám, phòng cấp cứu, hoặc văn phòng bác sĩ nơi quý vị được chăm sóc sức khỏe, có ai đối xử bất công hoặc thiếu tinh tế với quý vị vì bất kỳ lý do nào sau đây hay không?

- | | <u>Có</u> | <u>Không</u> |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Tình trạng sức khỏe | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Tình trạng khuyết tật | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Tuổi tác | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Văn hóa hoặc tôn giáo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Ngôn ngữ hoặc ngữ điệu thổ âm/tiếng địa phương | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Chủng tộc hoặc dân tộc | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Giới tính (nữ hoặc nam) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Khuynh hướng tình dục | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Giới tính hoặc bản dạng giới | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. Thu nhập | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

49. Có bác sĩ nào từng nói với quý vị rằng quý vị có một trong những bệnh trạng sau không?

- | | <u>Có</u> | <u>Không</u> |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Đau tim? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Đau thắt ngực hoặc bệnh mạch vành? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Huyết áp cao? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Ung thư, <u>ngoại trừ ung thư da?</u> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Tràn khí, hen suyễn hoặc COPD (bệnh tắc nghẽn mãn tính)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Bệnh tiểu đường hoặc đường huyết cao? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

50. Quý vị có gặp khó khăn trầm trọng khi đi bộ hay lên xuống cầu thang không?

- Có
 Không

51. Quý vị có gặp khó khăn khi mặc quần áo hay tắm rửa không?

- Có
 Không

52. Quý vị có gặp khó khăn khi làm những việc vất vả một mình như đi khám tại văn phòng bác sĩ hay đi mua sắm vì những vấn đề về sức khỏe, tâm thần hay cảm xúc không?

- Có
 Không

53. Quý vị có chích ngừa cúm từ ngày 1 tháng Bảy, 2023 không?

- Có
- Không
- Không biết

54. Quý vị có từng chích một hoặc nhiều hơn một mũi viêm phổi? Thường một người trong suốt đời chỉ được chích hai lần, và những mũi này khác với chích ngừa cúm. Mũi đó còn gọi là vắc xin phế cầu.

- Có
- Không
- Không biết

55. Hiện tại quý vị hút thuốc hay sử dụng thuốc lá mỗi ngày, một vài ngày, hoặc không bao giờ?

- Mỗi ngày
- Một vài ngày
- Chưa bao giờ → **Nếu Chưa bao giờ, Xin Qua**

Câu Số 57

- Không biết → **Nếu Không biết, Xin Qua Câu Số 57**

56. Trong 6 tháng vừa qua, quý vị có thường được bác sĩ hoặc chuyên gia y tế khác khuyến bỏ hút thuốc hay bỏ sử dụng thuốc lá không?

- Chưa bao giờ
- thỉnh thoảng
- Thường thường
- Luôn luôn
- Tôi không đi khám trong 6 tháng vừa qua

57. Cấp lớp hoặc trình độ học vấn cao nhất quý vị đã hoàn tất là gì?

- Từ lớp 8 trở xuống
- Trung học, nhưng chưa tốt nghiệp
- Tốt nghiệp trung học hoặc có GED
- Có học chút ít tại đại học hoặc có bằng đại học 2 năm
- Tốt nghiệp đại học 4 năm
- Cao hơn trình độ đại học 4 năm

58. Có phải quý vị là người gốc Tây Ban Nha hoặc Châu Mỹ La Tinh không?

- Phải, tôi là người gốc Tây Ban Nha hoặc Châu Mỹ La Tinh
- Không, tôi không phải là người gốc Tây Ban Nha hoặc Châu Mỹ La Tinh

59. Quý vị thuộc chủng tộc nào? Xin chọn một hoặc một số các chủng tộc sau đây.

- Người Mỹ bản xứ hoặc người bản xứ Alaska
- Người Á đông
- Người da đen hoặc người Mỹ gốc Phi Châu
- Người bản xứ Hạ Uy Di hoặc người thuộc các Quần đảo Thái Bình Dương
- Người da trắng

60. Hiện có bao nhiêu người đang sống trong nhà của quý vị, kể cả quý vị?

- 1 người
- 2 đến 3 người
- 4 người trở lên

61. Quý vị có từng sử dụng internet ở nhà không?

- Có
 Không

62. Chương trình Medicare có thể liên lạc với quý vị một lần nữa để tìm hiểu thêm về sự chăm sóc sức khỏe, hoặc mời quý vị tham gia vào một cuộc thảo luận theo nhóm hoặc phỏng vấn quý vị về những chủ đề liên quan đến sự chăm sóc sức khỏe của quý vị không?

- Có
 Không

63. Có ai giúp quý vị hoàn tất trả lời bản thăm dò ý kiến này không?

- Có
 Không → **Xin cảm ơn quý vị.
Vui lòng gửi trở về
cho chúng tôi bản
thăm dò ý kiến đã
hoàn tất trong phong
bì đính kèm đã trả
bưu phí.**

64. Người đó giúp quý vị như thế nào?
Đánh dấu vào một hoặc nhiều cách.

- Đọc các câu hỏi này cho tôi nghe
 Ghi giúp tôi các câu trả lời
 Trả lời câu hỏi thay cho tôi
 Dịch các câu hỏi sang ngôn ngữ của tôi
 Giúp tôi bằng cách khác

Xin cảm ơn.

Vui lòng gửi trở về cho chúng tôi bản thăm dò ý kiến đã hoàn tất trong phong bì đính kèm đã trả bưu phí.

[SURVEY VENDOR RETURN ADDRESS FOR MAIL PROCESSING]

Contract Name: _____

[OPTIONAL]

Quý vị cũng có thể nhận biết chương trình của mình qua một trong các điểm sau: