

[SURVEY VENDOR LOGO]
[SURVEY VENDOR ADDRESS]

[QHP ISSUER LOGO ONLY NO ADDRESS]

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

尊敬的[SAMPLED ENROLLEE FIRST AND LAST NAME]：

我們需要你的幫忙。請填寫本信所附的有關你在過去6個月裡從[QHP REPORTING UNIT NAME] 那裡得到的醫療保健的調查問卷。這是一個你可以幫助你的健康保險計劃更好地為你服務的機會。作為正在全國範圍內進行的努力的一部分，這個調查是為了解參保人對他們的健康保險計劃的體驗。調查結果將會有助於消費者作出有關他們醫療保健的重要選擇，並且將會幫助健康保險計劃改善它們所提供的醫療保健服務。

你是作為一個健康保險計劃的參保人被隨機抽中的。你的回答是很重要的，並且我們無法用其他人取代你。如果你在2016年改變了你的健康保險計劃，請根據你對你在2015年七月到十二月之間參加的健康保險計劃的體驗來回答問卷中的問題。回答這些問題大概需要20分鐘。我們希望你會利用這個機會來告訴我們你的體驗。

你的答案將成為一個綜合信息庫的一部分，這個信息庫是由像你一樣的人們所提供的信息組成的。我們只會與得到授權的人員分享你所提供的信息。你的健康保險計劃不會看到你的回答。你可以選擇填寫這份問卷或不填寫。如果你選擇不填寫，這將不會影響到你所享受的福利。但是，你的知識和體驗將幫助像你一樣的其他人選擇健康保險計劃，所以我們希望你能幫助我們。

請將完成的問卷放入隨信附上的預付費信封中寄回給我們。

[QHP ISSUER]與[SURVEY VENDOR NAME]簽訂了合約來進行這項調查。如果你有任何關於這份問卷的問題，請在週一到週五 [SURVEY VENDOR LOCAL TIME] XX:XX a.m. 到 XX:XX p.m. 之間致電[SURVEY VENDOR NAME]的免費熱線(XXX) [XXX-XXXX]或發送郵件至 [SURVEY VENDOR EMAIL]。謝謝你的幫忙！

謹上，

[SIGNATURE]

[NAME/TITLE OF SENIOR EXECUTIVE
FROM SURVEY VENDOR or QHP
ISSUER]

2016 Qualified Health Plan Enrollee Survey
Cover Letter: Traditional Chinese

[DO NOT INCLUDE THIS FOOTER IN LETTERS SENT TO ENROLLEES]