

[SURVEY VENDOR LOGO]
[SURVEY VENDOR ADDRESS]

[QHP ISSURE LOGO ONLY NO ADDRESS]

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

Estimado/a [SAMPLED ENROLLEE FIRST AND LAST NAME],

Necesitamos su ayuda. Por favor, llene la encuesta sobre la atención que recibió por parte de [QHP REPORTING UNIT NAME] en los últimos 6 meses. Esta es su oportunidad para ayudar a su plan de salud a mejor servirle. Esta encuesta es parte de un esfuerzo nacional para entender las experiencias de las personas inscritas en un plan de salud. Los resultados ayudarán a los consumidores a tomar decisiones importantes acerca de su cuidado de salud y ayudará a los planes de salud a mejorar el cuidado que proveen.

Usted fue escogido/a científicamente para formar parte de una muestra de las personas que están inscritas en un plan de salud. Sus respuestas son importantes y no podemos remplazarlo(a) con ningún otra persona. Si cambio su plan de salud para el año 2016, por favor conteste estas preguntas pensando en el plan de salud que tuvo de julio a diciembre 2015. Responder a la encuesta toma aproximadamente 20 minutos. Esperamos que tome esta oportunidad de contarnos sobre sus experiencias.

Sus respuestas se van a juntar con las respuestas de otras personas como usted. La información que usted nos de solo se compartirá con personas autorizadas. Su plan de salud no va a ver sus respuestas. **Usted decide si contesta la encuesta o no. Si decide no hacerlo, esto no afectará los beneficios que recibe.** Sin embargo, su conocimiento y experiencia les ayudará a otras personas como usted a elegir un plan de salud. Así que esperamos que nos ayude.

Por favor regrese la encuesta en el sobre con el timbre pagado.

[QHP ISSUER] ha contratado a [SURVEY VENDOR NAME] para realizar esta encuesta. Si tiene alguna pregunta sobre la encuesta, por favor llame a [SURVEY VENDOR NAME] gratuitamente al (XXX) [XXX-XXXX] de XX:XX a.m. y XX:XX p.m. [SURVEY VENDOR LOCAL TIME], de lunes a viernes o por correo electrónico, [SURVEY VENDOR EMAIL].

Atentamente,

[SIGNATURE]

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

2016 Qualified Health Plan Enrollee Survey
Cover Letter: Spanish

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