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

尊敬的[ENROLLEE FIRST AND LAST NAME]：

很快你將收到一項有關你在過去6個月裡從[QHP ISSUER 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。作爲正在全國範圍內進行的努力的一部分，這個調查是爲了瞭解參保人對他們的健康保險計劃的體驗。調查結果將會有助于像你一樣的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。你是作為你的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，幷且我們無法用其他人取代你。這項調查問卷需要大概15分鐘來完成。

你的答案將成為一個綜合信息庫的一部分，這個信息庫是由參加了和你相同的健康保險計劃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。

[QHP ISSUER NAME]与[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(聯邦節假日除外)[SURVEY VENDOR LOCAL TIME] [XX:XX] a.m. 到 [XX:XX] p.m.之間致電[SURVEY VENDOR NAME]的免费热线(XXX) [XXX-XXXX]或發送郵件至[SURVEY VENDOR E-MAIL]。

If you would prefer a survey in English, please call (XXX) [XXX-XXXX].

謹上，

[SIGNATURE]

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