

[VENDOR LOGO]
[VENDOR ADDRESS]

and/or [QHP ISSUER LOGO ONLY NO ADDRESS]

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

亲爱的[ENROLLEE FIRST AND LAST NAME],

请您在所附的问卷调查告诉我们您最近的使用[QHP ISSUER NAME]的体验。这份问卷调查是由美国卫生与公共服务部赞助的。这份调查问卷可在大约 10 分钟内完成。

这份问卷调查的目的是为了了解投保人对其保健计划的体验。您对您的保健计划的体验是独一无二的，这些信息只能由您提供。这份问卷访问关于您自 2023 年 7 月到 12 月期间接受的健保服务，比如：

- 您觉得您需要健保服务的时候，能方便找到健保服务吗？
- 您的医生在您的身上花了够时间吗？您的医生有尊重您吗？
- 您是否收到足够关于您保健服务费用的信息？

您的参与纯属自愿。您所提供的资料不会公开。[QHP ISSUER NAME]将会用合并的问卷数据来改善它们所提供的照护服务。您完成的问卷将会协助它们达到理想的目标。这份问卷的数据会在 [healthcare.gov](https://www.healthcare.gov) 或在您州的网页用来评分为其他人相比不同的健保服务。

您的健保计划已和 [VENDOR NAME] 签订合同进行这调查问卷。如果您对本调查有任何疑问，请于周一到周五（不包括联邦假期）[VENDOR LOCAL TIME]上午 [XX:XX] 到下午 [XX:XX] 拨打免付费电话 (XXX) [XXX-XXXX] 或寄电子邮件 [VENDOR EMAIL] 联络 [VENDOR NAME]。

请使用已付邮资的信封将填妥的调查问卷寄回。

谢谢您对改善医疗保健的帮助。

敬祝 安康，

[SIGNATURE]
[NAME AND TITLE OF SENIOR EXECUTIVE FROM VENDOR or QHP ISSUER]
[VENDOR or QHP ISSUER NAME]

To request an English survey by mail, or to respond to the survey over the phone, call the following number: (XXX) [XXX-XXXX].

2024 Qualified Health Plan Enrollee Experience Survey
Cover Letter for First Survey Mailing: Chinese

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

[VENDOR LOGO]
[VENDOR ADDRESS]

and/or [QHP ISSUER LOGO ONLY NO ADDRESS]

Para solicitar una encuesta en papel y en español, o para responder la encuesta en español por teléfono, llame al número siguiente: (XXX) [XXX-XXXX].

2024 Qualified Health Plan Enrollee Experience Survey
Cover Letter for First Survey Mailing: Chinese

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