

[VENDOR LOGO]
[VENDOR ADDRESS]

and/or

[QHP ISSUER LOGO ONLY NO ADDRESS]

2027 Qualified Health Plan Enrollee Experience Survey

Cover Letter for First Survey Mailing: Chinese

[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],

请您参与这份重要的问卷调查，告诉我们您最近的使用[QHP ISSUER NAME]的体验。这份调查问卷可在大约 10 分钟内完成，而且您所提供的资料不会公开。您的反馈能够帮助您的健保计划改善它们所提供的医疗保健服务。

这份问卷调查是由美国卫生与公共服务部赞助的。这份问卷访问关于您自 2026 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？
- 您是否得到您需要的信息，例如您需要支付多少医疗费用？

[QHP ISSUER NAME] 将把您的回答与该健保计划的其他参加者的回答汇集到数据库中来改善他们向使用者提供的医疗保健服务。调查结果还将用于帮助设定质量评级，供人们比较健康保险计划时参考。

您的参与纯属自愿。您的健保计划已和 [VENDOR NAME] 签订合约进行这调查问卷。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].

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].

2027 Qualified Health Plan Enrollee Experience Survey

Cover Letter for First Survey Mailing: Chinese

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