

[VENDOR LOGO]
[VENDOR ADDRESS]

and/or

[QHP ISSUER LOGO ONLY NO ADDRESS]

2027 Qualified Health Plan Enrollee Experience Survey

Cover Letter for Second 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],

最近，我们给您邮寄了一份关于您在[QHP ISSUER NAME]接受健保服务体验的问卷。这份调查问卷可在大约 10 分钟内完成，您的回答将被保密。您的反馈将帮助您的健保计划改进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。它访问关于您自 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？

您的回答将与其他受访者的问卷结果合并分析，用于帮助[QHP ISSUER NAME]改进它们所提供的医疗保健服务。这些问卷的结果也将用于为健保计划评分，其他人可以通过评分对比不同的健保计划。

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] 拨打免付电话 (XXX) [XXX-XXXX] 或寄电子邮件至 [VENDOR EMAIL]。

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 respond to the survey in English over the phone, call the following number: (XXX) [XXX-XXXX].

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 Second Survey Mailing: Chinese

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