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

親愛的 [ENROLLEE FIRST AND LAST NAME]：

最近，我們向您寄送了一份問卷調查，訪問關於您自 2019 年 7 月到 12 月期間接受來自 [QHP ISSUER NAME] 照護服務的情況。請填妥所附的問卷調查。這是讓您的健保計畫能够更好地為您服務的機會。作為全國性持續調查  
的一部分，此問卷調查之目的是為了瞭解人們對其健保計畫的體驗。

您已被選為您的健保計畫的其中一個隨機樣本。您的回答十分重要，且無可替代。這份調查問卷最多只要 15 分鐘便可完成。**要不要參與純屬自願。**但是，您的回答將會幫助其他人對其健保計畫作出重要選擇，並幫助健保計畫改善他們所提供的照護服務。我們希望您能幫助我們。您的回答將與該健保計畫的其他參加者的回答彙集到資料庫中。您所提供的資料僅會與授權人員分享。您的健康計畫的人員不會看到您的回答。

如果您有任何疑問，請於週一到週五 (不包括聯邦假期) [VENDOR LOCAL TIME]上午 [XX:XX] 到下午 [XX:XX] 撥打免付費電話 (XXX) [XXX-XXXX] 或寄電子郵件 [VENDOR EMAIL] 聯絡 [VENDOR NAME]。

請使用已付郵資的信封將填妥的調查問卷寄回。

**謝謝您的幫助！**

敬祝　安康，

[SIGNATURE]

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

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].