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

Estimado/a [ENROLLEE FIRST AND LAST NAME]:

Recientemente le enviamos una encuesta con el fin de obtener información acerca de la atención que recibió por medio de [QHP ISSUER NAME] de julio a diciembre de 2019. Por favor, responda la encuesta adjunta. Esta es su oportunidad de ayudar a su plan de salud a brindarle a usted un mejor servicio. Esta encuesta forma parte de un esfuerzo continuo a nivel nacional para comprender las experiencias de las personas con sus planes de salud.

Usted ha sido elegido/a como parte de una muestra aleatoria de personas que pertenecen a su plan de salud. Sus respuestas son importantes y no podemos sustituirle con ninguna otra persona. La encuesta debería tomarle menos de 15 minutos. **Su participación es voluntaria.** Sin embargo, sus respuestas ayudarán a otras personas a tomar decisiones importantes acerca de su atención de salud y ayudarán a los planes de salud a mejorar la atención que proporcionan. Esperamos que nos ayude. Sus respuestas formarán parte de un conjunto de información que incluirá las de otras personas inscritas en su plan de salud. La información que nos brinde solo se compartirá con personas autorizadas. Su plan de salud no verá sus respuestas.

Si tiene alguna pregunta, llame a [VENDOR NAME] al número sin costo (XXX) [XXX-XXXX], de [XX:XX] a.m. a [XX:XX] p.m. [VENDOR LOCAL TIME], de lunes a viernes (excepto los días festivos federales), o envíe un correo electrónico a [VENDOR EMAIL].

Por favor, envíe la encuesta completada en el sobre adjunto con franqueo postal pago.

**¡Muchas gracias por su ayuda!**

Atentamente,

[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].

[IF OFFERING IN CHINESE] 這項調查提供中文版。如需以中文進行電話調查問卷，請聯絡：(XXX) [XXX-XXXX] 。