[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],

最近，我们给您邮寄了一份问卷，访问关于您自2022年7月到12月期间在[QHP ISSUER NAME] 接受的健保服务。请您在所附的问卷调查告诉我们您最近的健保服务的体验。我们需要您亲自来完成此调查。

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12分钟内完成。。这份问卷调查的目的是为了了解人们对其保健计划的体验，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或在您州的网页用来为健保计划评分，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 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].