

英語能力有限者 的權利議案 (Bill of Rights for People with Limited English Skills)

致病人及DHS的客戶：

即使您不能講流利英語，您有權利...

- ▶ 得到傳譯員的幫助把英語翻譯成您的語言。
這項服務是免費給您和您的家人；
- ▶ 得到禮貌的對待和受尊重；
- ▶ 接受一種能配合您的民族和文化需要的服務；
- ▶ 接受不包含歧視、凌辱或攻擊的服務；
- ▶ 以您的語言得到健康護理服務的資訊；
- ▶ 參與自己健康狀況的評估並議定健康服務的計劃；
- ▶ 以自己的語言被通知接受或拒絕服務的後果；
- ▶ 就您所接受的服務提出疑問；
- ▶ 以自己的語言被通知如何投訴您的健康護理供應者；
- ▶ 以自己的語言被通知您在使用服務時的權利和責任；
- ▶ 以自己的語言被通知您的健康護理供應者必須遵從的法例和政策；
- ▶ 要求保持您的健康護理記錄機密。

這表格已為我被翻譯並且我明白它的內容。

簽名_____ 日期_____

傳譯員
簽名_____ 日期_____



傳譯員服務棄權證明書 (Waiver of Interpreter's Services)

我， _____ (受助人姓名) 已被通知我有權從 _____
_____ (服務提供者) 得到免費傳譯
服務。我明白我和我的家人有權免費獲得這些服務。

我現時選擇使用我自己的傳譯員。我的傳譯員的名字是 _____。
就我所知，這人是18歲或以上。這人會從 _____ (開始日期)
起為我服務直至 _____ (結束日期)。

我明白我可以隨時終止(收回) 這項棄權證明書並免費使用傳譯員服務。

我明白這棄權證明書不是授權任何傳譯員作我的代表。

這表格已為我被翻譯並且我明白它的內容。

受助人/病人
簽名 _____ 日期 _____

傳譯員
簽名 _____ 日期 _____

服務提供者
簽名 _____ 日期 _____

這部分給將來使用

我選擇終止 (收回) 這棄權證明書。

簽名 _____ 日期 _____