

## 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	
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	<b>免費獲得這些服務。</b>	
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	這人會從	(開始日期)
起爲我服務直至	(結束日期) 。	
我明白我可以隨時終止(收回) 這項到	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何	專譯員作我的代表。	
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	旦期	
~ H	H 7/1	
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	