## 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 $\qquad$
$\qquad$日期 $\qquad$

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

我， $\qquad$ （受助人姓名）已被通知我有權從 $\qquad$服務提供者）得至门兄费傳言睪

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 $\qquad$。

就我所知，這人是 18 歲或以上。這人會從 $\qquad$ （開始日期）

起爲我服務直至 $\qquad$ （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 $\qquad$日期 $\qquad$傳譯員
簽名 $\qquad$日期 $\qquad$
服務提供者
簽名 $\qquad$日期 $\qquad$這部分給將來使用

我選擇終止（收回）這棄權證明書。
簽名 $\qquad$日期 $\qquad$

