



영어가 서투른 사람을 위한 권리 장전 (Bill of Rights for People with Limited English Skills)

환자 및 DHS 수혜자 여러분께:

만일 여러분의 영어가 서투르다 할지라도, 여러분에게는 다음과 같은 권리가 있습니다...

- ▶ 영어를 여러분의 언어로 번역할 수 있는 통역의 도움을 받을 권리가 있습니다. 이 서비스는 여러분과 여러분 가족에게 무료로 제공됩니다;
- ▶ 정중하고 존중받는 치료를 받을 권리;
- ▶ 여러분의 인종적 및 문화적 요구가 신중히 고려된 치료를 받을 권리;
- ▶ 차별대우나 학대나 괴롭힘을 당하지 않고 서비스를 이용할 수 있는 권리;
- ▶ 여러분의 언어로 된 건강 진료에 대한 자료를 얻을 권리;
- ▶ 여러분에 대한 건강 평가에 참여하고 자신이 받을 건강 서비스 계획을 종합 판단할 권리;
- ▶ 만일 여러분이 서비스를 받을 것을 승인하거나 거절할 경우에는 어떻게 되는지 여러분의 언어로 들을 수 있는 권리;
- ▶ 여러분이 받고있는 서비스에 관한 우려를 제기할 수 있는 권리
- ▶ 의료 진료 제공자에 관한 불만을 어떻게 제기할 수 있는지 여러분의 언어로 들을 권리;
- ▶ 서비스를 이용할 때 여러분이 갖는 권리 및 의무에 관하여 여러분의 언어로 들을 권리;
- ▶ 의료 진료 제공자가 따르지 않으면 안되는 법규 및 방침에 관하여 여러분의 언어로 들을 권리;
- ▶ 여러분의 건강 진료 기록을 비밀로 할 권리.

이 양식은 본인을 위하여 번역되었으며 본인은 이를 이해합니다.

서명 _____ 날짜 _____

통역의
서명 _____ 날짜 _____



통역 서비스 포기 각서 (Waiver of Interpreter's Services)

본인, _____ (수혜자 이름) 은(는) 무료 통역 서비스를 받을 수 있는 권리에 대하여 _____ (서비스 제공자: service provider)로 부터 들었습니다. 본인은 본인과 본인 가족에게 무료로 이 서비스를 받을 권리가 주어졌음을 압니다.

본인은 이번에 본인 자신의 통역을 제공할 것을 선택했습니다. 본인이 제공하는이 통역의 이름은 _____ 입니다. 본인이 아는 한, 이 통역은 18세 이상 입니다. 이 통역이 본인에게 서비스를 제공할 기간은 _____ (시작 날짜)에 시작하여 _____ (끝나는 날짜)까지 입니다.

본인은 본인이 이 포기 각서를 언제든 끝내고(취소하고) 무료 통역 서비스를 이용할 수 있다는 것을 압니다.

본인은 또한 이 포기 각서가 어떤 통역이건 본인의 공식 대변자로서 행동하는 것을 허락하지 않는다는 것을 압니다.

이 양식은 본인을 위하여 번역되었으며 본인은 이를 이해합니다.

수혜자/환자
서명 _____ 날짜 _____

통역의
서명 _____ 날짜 _____

서비스 제공자의
서명 _____ 날짜 _____

이 부분은 장래에 사용하기 위한 것입니다

본인은 이 포기 각서를 끝낼(취소할) 것을 선택합니다.

서명 _____ 날짜 _____