



Перечень Прав для Лиц с Ограниченным Пониманием Английского (Bill of Rights for People with Limited English Skills)

Для пациентов и клиентов DHS:

Даже если Вы недостаточно владеете английским языком, у вас есть право...

- Получить помощь переводчика, который переведетс английский на ваш родной язык. Эта услуга является бесплатной для вас и вашей семьи;
- На уважительное и вежливое отношение к вам;
- На вежливое отношение с учетом этнических и культурных нужд;
- Получить услуги без проявления дискриминации, насилия или преследования;
- Получить информацию об услугах здравоохранения на вашем языке;
- Быть частью процесса оценки вашего здоровья и разработки плана услуг для вашего здоровья;
- На получение оценки последствий принятия или отказа от услуг на вашем языке;
- Выразить беспокойство о полученных услугах;
На информацию на вашем языке о том, как подать жалобу на организацию, предоставляющую услуги здравоохранения;
- На информацию на вашем языке о правах и обязанностях при использовании услуг;
- На информацию на вашем языке о законах и правилах, которым организация, предоставляющая услуги здравоохранения должна следовать;
- На конфиденциальное хранение ваших медицинских записей;

Эта форма была переведена для меня, и я понимаю вышеизложенное.

Подпись _____ Дата _____

Подпись
переводчика _____ Дата _____



Отказ от Услуг Переводчика (Waiver of Interpreter's Services)

Мне, _____ (*имя клиента*) сообщили о моем праве на бесплатные услуги перевода, предоставляемые _____ (*название организации, предоставляющей услуги*). Я понимаю, что мне положены эти услуги, и ни мне, ни моей семье не нужно их оплачивать.

На этот раз я предпочитаю предоставить собственного переводчика. Имя моего переводчика _____. Насколько я знаю, этому лицу 18 или больше лет. Это лицо будет предоставлять мне свои услуги, начиная с _____ (*дата начала*) по _____ (*дата завершения*).

Я понимаю, что я могу закончить (“отменить”) этот отказ в любое время и использовать услуги переводчика бесплатно.

Я также понимаю, что этот отказ не дает мне разрешения на то, чтобы любой переводчик являлся моим уполномоченным представителем.

Эта форма была переведена для меня, и я понимаю вышеизложенное.

Подпись пациента/
клиента _____ Дата _____

Подпись
переводчика _____ Дата _____

Подпись
Провайдера _____ Дата _____

Этот раздел предназначен для будущего использования

Я желаю прекратить (отменить) этот отказ.

Подпись _____ Дата _____