

Luật về Quyền Hạn của Công Dân dành cho những người không nói thông thạo tiếng Anh (Bill of Rights for People with Limited English Skills)

Kính gửi quý bệnh nhân và những người nhận trợ cấp của Bộ Xã Hội (DHS):

Mặc dù quý vị không nói thông thạo tiếng Anh, quý vị vẫn có quyền...

- ▶ Được có một thông dịch viên thông dịch từ tiếng Anh sang ngôn ngữ của quý vị. Dịch vụ này hoàn toàn miễn phí cho quý vị và gia đình quý vị;
- ▶ Được đối xử một cách nhã nhặn và kính trọng;
- ▶ Được đối xử một cách thông cảm với nhu cầu văn hóa và chủng tộc của quý vị;
- ▶ Được nhận dịch vụ không bị kỳ thị, ngược đãi và quấy nhiễu;
- ▶ Được nhận tin tức về săn sóc y tế bằng ngôn ngữ của quý vị;
- ▶ Được tham dự vào tiến trình lượng giá về sức khỏe và kết hợp thành một kế hoạch về dịch vụ y tế của quý vị;
- ▶ Được cho biết bằng ngôn ngữ của quý vị việc gì sẽ xảy ra, nếu quý vị chấp nhận hoặc từ chối dịch vụ;
- ▶ Nêu lên sự quan tâm của quý vị về những dịch vụ mà quý vị nhận;
- ▶ Được cho biết bằng ngôn ngữ của quý vị về cách thức khiếu nại nơi cung cấp dịch vụ săn sóc y tế;
- ▶ Được cho biết bằng ngôn ngữ của quý vị về quyền lợi và trách nhiệm của quý vị khi sử dụng dịch vụ;
- ▶ Được cho biết bằng ngôn ngữ của quý vị về luật lệ và chính sách mà nơi cung cấp dịch vụ săn sóc y tế phải tuân theo;
- ▶ Được bảo mật hồ sơ y tế của quý vị.

Bản này đã được dịch cho tôi và tôi hiểu rõ nội dung.

Chữ ký _____ Ngày _____

Chữ ký của
Thông Dịch Viên _____ Ngày _____



Khước Từ Dịch Vụ Thông Dịch (Waiver of Interpreter's Services)

Tôi, _____ (*Tên người nhận trợ cấp*) đã được cho biết quyền lợi của tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí của _____ (*nơi cung cấp dịch vụ*). Tôi hiểu rằng tôi có quyền được nhận những dịch vụ này miễn phí cho tôi hoặc gia đình tôi.

Tôi lựa chọn người thông dịch cho tôi trong thời gian này. Tên thông dịch viên của tôi là _____ . Theo sự hiểu biết tốt nhất của tôi, người này được 18 tuổi hoặc lớn hơn. Người này sẽ cung cấp dịch vụ thông dịch cho tôi bắt đầu vào _____ (*ngày bắt đầu*) cho đến _____ (*ngày chấm dứt*).

Tôi hiểu rằng tôi có thể chấm dứt (“thu hồi”) sự khước từ này vào bất cứ lúc nào và được sử dụng dịch vụ thông dịch miễn phí.

Tôi cũng hiểu rằng sự khước từ này không cho phép bất cứ người thông dịch nào hành động như là người đại diện được ủy quyền của tôi.

Bản này đã được dịch cho tôi và tôi hiểu rõ nội dung.

Chữ ký của

Người nhận trợ cấp/Thân chủ _____ Ngày _____

Chữ ký của

Thông Dịch Viên _____ Ngày _____

Chữ ký của người

Cung Cấp Dịch Vụ _____ Ngày _____

Đoạn này để sử dụng trong tương lai

Tôi chọn lựa chấm dứt (thu hồi) sự khước từ này.

Chữ ký _____ Ngày _____