



State of Hawaii
Office of Language Access
情報開示への同意書

言語サポートに関する苦情内容を受理かつ共有することにより、Office of Language Access (OLA) は円滑に取り組めるようになります。ご本人の同意の下、OLA は身元または本人の特定が可能な情報を調査対象の局、機関または組織に開示する場合があります。一方、ご本人の同意が得られない場合、OLA による苦情調査は困難になります。

連絡先情報

名	姓	ミドルイニシャル	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
住所	市	州	郵便番号
<input type="text"/>			
電話番号	メールアドレス		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		

同意する

1. 上記の内容を読み、理解しました。私は、私の身元およびその他の個人特定可能情報を、調査対象の局、機関、組織に開示する許可を OLA に付与します。
2. 私は、苦情調査に関連する資料および情報の受理を OLA に許可します。当該の資料/情報は申込書、通知、援助の拒否または削減を知らせる手紙、もしくは翻訳の依頼を含むがこれらに限定されるものではありません。
3. 当該の情報は、私が申し立てた苦情の調査のみに使用されることを理解します。
4. 当該の許可は、付与した日付から 1 年有効であるものとします。
5. 書面により、当該の同意はいつでも撤回できるものとします。

同意する場合はイニシャルを記入してください： _____

同意しない

1. 上記の内容を読み、理解しました。私は、私の身元およびその他の個人特定可能情報が、調査対象の局、機関、組織に開示されることを望みません。
2. 同意しない場合は、苦情調査が困難になり、OLA が問題を解決できない場合があることを理解します。

同意しない場合はイニシャルを記入してください： _____

署名

日付

本紙の提出先：

相談または質問：

Office of Language Access
1250 Punchbowl Street, Room 201
Honolulu, Hawaii 96813

E-mail: doh.ola@doh.hawaii.gov
電話：(808) 586-8730
隣島：1 (866) 365-5955