



夏威夷州

Office of Language Access (语言服务权益办公室)

披露信息同意书

语言服务权益办公室(OLA)如果能分享及收到关于您语言服务权益投诉的信息，便可以更好地帮助您。**如果能得到您的同意**，语言服务权益办公室可以向接受调查的部门、机构或组织披露您的身份或其他个人信息。**如果没有您的同意**，语言服务权益办公室调查您的投诉会更加困难。

联系信息

名字	姓氏	中间名缩写
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
街道地址	城市	州
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
电话	电子邮件	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

授予同意

1. 我已阅读并理解以上信息。我授权语言服务权益办公室向接受调查的部门、机构、或组织披露我的身份及其他个人信息。
2. 我授权语言服务权益办公室接受与调查我的投诉相关的资料及信息。这包括但不限于：申请；通知；关于拒绝福利或减少福利的信件；或任何我提出的翻译援助的请求。
3. 我明白此信息仅用于协助调查我的投诉。
4. 此授权于授权日期起一年内有效。
5. 我可以随时以书面形式撤回我的同意。

如果您授予同意，请在此签署姓名缩写_____。

或，不授予同意

1. 我已阅读并理解以上信息。我不愿语言服务权益办公室向接受调查的部门、机构或组织披露我的身份或其他个人信息。
2. 我明白如果我不授予同意，对我投诉的调查可能会更加困难，并且语言服务权益办公室可能无法解决我的投诉。

如果您不授予同意，请在此签署姓名缩写_____。

签名

日期

表格送交地址：

如需帮助或有任何问题：

语言服务权益办公室电子邮件：
doh.ola@doh.hawaii.gov
1250 Punchbowl Street, Room 201
Honolulu, Hawaii 96813

Call: (808) 586-8730
Neighbor Islands: 1 (866) 365-5955