



夏威夷州

Office of Language Access (語言服務權益辦公室)

披露資訊同意書

語言服務權益辦公室若能分享和收到有關您的語言服務權益投訴的資訊，就能更好地幫助您。若能得到您的同意，語言服務權益辦公室可以向接受調查的部門、機構或組織中的人員披露您的身份或其他個人身份資訊。若得不到您的同意，語言服務權益辦公室調查您的投訴可能會比較困難。

聯絡資訊

名字	姓氏	中間名縮寫
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
門牌地址	城市	州
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
電話	電子郵件	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

授予同意

1. 我已閱讀並理解上述資訊。我授權語言服務權益辦公室向接受調查的部門、機構或組織中的人員披露我的身份和其他個人身份資訊。
2. 我授權語言服務權益辦公室接收與我的投訴調查有關的材料和資訊。這包括但不限於：申請；通知；關於否決或減少福利的信函；或我提出的翻譯協助請求。
3. 我瞭解此資訊只能用於協助我的投訴調查。
4. 本授權自授權之日起一年內有效。
5. 我可以隨時以書面方式撤回同意。

如果您授予同意，請在此簽署姓名縮寫_____。

或不授予同意

1. 我已閱讀並理解上述資訊。我不願授權語言服務權益辦公室向接受調查的部門、機構或組織中的人員披露我的身份和其他個人身份資訊。
 2. 我瞭解，如果我不授予同意，調查我的投訴可能會比較困難，且語言服務權益辦公室可能無法解決我的投訴。
- 如果您不授予同意，請在此簽署姓名縮寫_____。

簽名

日期

表格送交地址：

如需協助或有疑問：

Office of Language Access (語言服務權益辦公室)
1250 Punchbowl Street, Room 201
Honolulu, Hawaii 96813

電郵：doh.ola@doh.hawaii.gov
電話：(808) 586-8730
鄰島：1 (866) 365-5955