



하와이주
언어 지원 사무실

정보 공개에 동의

언어 지원 사무실(OLA)은 언어 지원 불만에 대한 정보를 공유하고 받을 수 있는 경우 귀하를 보다 효과적으로 도울 수 있습니다. **귀하의 동의가 있으면**, OLA 는 귀하의 신원이나 기타 개인 식별 정보를 조사 중인 부서, 기관 또는 조직에 공개할 수 있습니다. **귀하의 동의가 없으면**, OLA 가 귀하의 불만을 조사하는 것이 더 어려울 수 있습니다.

연락처 정보

이름	성씨	미들네임 이니셜
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
주소	시	주
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
전화번호	이메일	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

동의 부여

1. 본인은 위의 정보를 읽고 이해했습니다. 본인은 OLA 가 조사 중인 부서, 기관 또는 조직에 본인의 신원과 기타 개인 식별 정보를 공개하는 것을 승인합니다.
2. 본인은 OLA 가 불만 조사와 관련된 자료와 정보를 받도록 승인합니다. 여기에는 신청서, 고지, 혜택의 거부 또는 축소에 관한 서신, 또는 본인이 번역 지원을 받기 위해 했을 수 있는 모든 요청을 포함하되 이에만 국한되지 않습니다.
3. 본인은 이 정보가 불만의 조사를 지원하는 데만 사용될 것임을 이해합니다.
4. 이 승인은 승인한 날로부터 일년간 유효합니다.
5. 또한 언제든지 서면으로 본인의 동의를 철회할 수 있습니다.

동의하시는 경우 여기 _____에 이니셜을 적어 주십시오.

그렇지 않으면 동의하지 않는 것입니다.

1. 본인은 위의 정보를 읽고 이해했습니다. 본인은 OLA 가 조사 중인 부서, 기관 또는 조직에 본인의 신원 또는 기타 개인 식별 정보를 공개하는 것을 원하지 않습니다.
2. 본인은 본인이 동의하지 않을 경우 불만 조사가 더 어려울 수 있으며 OLA 가 본인의 불만을 해결하지 못할 수 있음을 이해합니다.

동의하지 않으시면 여기 _____에 이니셜을 적어 주십시오.

서명

날짜

양식 제출처: 도움이 필요하거나 질문이 있는 경우:

언어 지원 사무실
1250 Punchbowl Street, Room 201
Honolulu, Hawaii 96813

이메일: doh.ola@doh.hawaii.gov
전화: (808) 586-8730
Neighbor Islands: 1 (866) 365-5955