

## 要求 / 拒絕口譯服務

California 語言協助方案

---

California 法律規定，您的保險公司必須提供口譯服務，幫助您跟健康照護專業人員和診所職員溝通並瞭解談話內容。

**請完整填寫 (勾選所有適用項目)：**

### 我需要口譯員

是的，我需要口譯員協助我跟健康照護專業人員和 (或) 診所職員溝通。

我想要說以下語言：\_\_\_\_\_

### 我不需要口譯員

我不需要或不想要口譯員。

我需要口譯員，不過我想要由我的家人、朋友和 (或) 健康照護專業人員擔任口譯員。

我在下面簽名即表示我確認已由口譯員透過電話協助我跟健康照護專業人員和 (或) 診所職員溝通並瞭解談話內容。

病患姓名 (請以正楷填寫)：\_\_\_\_\_

病患簽名：\_\_\_\_\_

日期：\_\_\_\_\_