

Contra Costa Health Services

患者/客戶服務	為英語能力有限 (LEP)、失聰者和聽力障礙人士提供服務	政策編號	402-PCS
		原稿日期：	04/01
		修訂日期：	01/31/2024
		取代：	為英語能力有限 (LEP) 人士提供服務

目的 為了提供優質的醫療照護並遵守聯邦和州法律，Contra Costa Health Services 為患者/客戶，包括英語能力有限 (LEP)、失聰者或聽障患者，提供口譯和筆譯服務以確保其獲得服務以及有效、準確和及時的雙向溝通。

政策 有效的溝通是所有患者/客戶（包括英語能力有限 (LEP)、失聰者或聽障人士）獲得有意義服務的關鍵。為確保有意義地獲得 Contra Costa Health Services 服務，所有英語能力有限 (LEP) 的患者/客戶以及失聰者或聽障人士都將免費獲得語言援助服務。語言援助服務包括：

- 由經認證的雙語臨床提供者和工作人員提供的醫療照護服務或健康資訊，或由經認證的雙語員工提供的非醫療指導/協助
- 由合格的醫療口譯員提供的口譯，以及
- 書面材料的翻譯。

參考文獻 • Title VI of the Civil Rights Act of 1964 (42 U.S.C. Section 2000d, et. seq.)

- Executive Order 13166, August 2000
- 45 CFR, Parts 80, 84, 86, 90, 91
- Title VI of the Civil Rights Act of 1964; Policy Guidance on the Prohibition Against National Origin Discrimination as It Affects Persons with Limited English Proficiency. 65 Fed. Reg. 52762-52774 (30 August 2000) and reaffirmed in 2002. The Dymally-Alatorre Bilingual Services Act, Kopp Act. California Government Code, DHS Department of Health Services – MediCal Managed Care Contract.
- Office of Civil Rights Section 1550

定義 口譯 – 理解和分析口語

或手語，同時考慮到文化和社會背景以**另一種語言忠實、準確和客觀地重新表達該資訊的過程。**

口譯的目的是使兩個或多個講不同語言的人之間能夠進行交流

翻譯

將一種語言的書面文字轉換為**另一種語言的書面文字，意思與源語言一致並等效。**

合格

口譯員和筆譯員將符合語言能力評估、教育、培訓和經驗條件。

認證雙語翻譯

成功通過語言能力測試的員工或醫療照護提供者，使他們能夠以 2 種語言與患者/客戶充分交流，

英語能力有限

(LEP)

說、讀、寫或理解英語的能力有限或無法以有效的水準與醫療照護提供者或社會服務機構以進行互動。

程式

A. 通知患者/客戶有權獲得免費語言援助服務

1. 在患者/客戶訪問的所有地點張貼海報，告知他們有權獲得免費語言援助服務，並邀請他們表明自己是需要或申請此類服務者。這些海報包括所有常見語言。
2. 海報可從健康服務語言服務部門獲得（致電 925-313-6242）

B. 確定您所援助人士的語言

1. 詢問其偏好或喜歡使用哪種語言，如果您不確定他們說的是哪種語言，請要求他們在海報上指出該語言。海報說明如下：**「您有權免費獲得醫療口譯員。請指出您的語言。我們將會致電醫療口譯員。請稍等。」**
2. 如果可用，請使用「我說」卡片來識別患者/客戶在面對面交流時所說的語言。可從 Health Services Language Access Unit（致電 925-313-6242）獲得「我說」卡
3. 如果是透過電話，或者如果工作人員無法使用海報或「我說」卡識別患者/客戶的語言，請使用您所在部門的視訊或電話翻譯服務以確定

語言並將您與合適的口譯員聯通。

4. 在醫療檔案中記錄患者/客戶的交流需求，包括討論醫療照護的首選語言及其種族和民族。如果患者/客戶是未成年人、無行為能力或有指定的代言人，則醫療記錄中記錄父母或法定監護人、代理決策者或合法授權代表的交流需求。

C. 為英語能力有限 (LEP) 的患者/客戶、偏好英語以外語言的患者和客戶及失聰者或聽障患者使用適當的口譯服務。

1. 透過視訊或電話存取醫療照護口譯員網路 (HCIN).
 - a. 當英語水準有限 (LEP) 或失聰者或聽障患者/客戶需要口譯服務時，或者當患者或客戶選擇英語以外的語言偏好，而您沒有獲得該語言的雙語認證時，請根據您所在部門的程式，透過視訊或電話或簽約口譯員面對面或透過電話使用醫療照護口譯員網路 (HCIN)。
 - b. HCIN 合格的醫療口譯員包括接受過至少 40 小時的口譯培訓、醫學術語培訓和 HCIN 培訓，並通過雙語能力測試和標準化醫療口譯技能測試的醫療口譯員。
2. 合格的雙語員工/提供者的作用。
 - a. Contra Costa Health Services 內合格的雙語員工/提供者應包括：
 - 1) 已通過衛生服務人事司和人力資源部批准的測試流程進行語言能力測試的臨床工作人員/提供者，並已收到通過分數的書面證明，目前為「高級」或「優秀」評級，以及相應的徽章標誌（雙語認證）。允許這些提供者和工作人員與

患者/客戶以評估的語言直接交流以瞭解他們的醫療照護，並以該語言履行其職責。但是，這些個人沒有資格為患者/客戶和其他提供者或工作人員提供口譯服務，除非經過提供醫療口譯服務的專門培訓和測試。

- 2) 已通過衛生服務人員、人力資源部批准的測試流程進行語言能力測試並已獲得及格分數書面證明的非臨床工作人員/提供者。允許這些提供者/工作人員以評估的語言提供非醫療指導/幫助。
- 3) 已通過書面語言能力測試並獲得「高級」或「優異」分數的臨床工作人員/提供者可以直接用測試的語言與患者進行書面交流。所有其他臨床工作人員/提供者的資訊、信件或材料必須經過適當翻譯。書面語言能力測試及格分數者可以建立書面材料，但不允許翻譯他人的檔或訊息。這適用於使用西班牙語的 MyccLink 在臨床工作人員/提供者和患者之間進行交流。

3. 獲得 Contra Costa Health Services 簽約口譯服務

- a 簽約口譯服務符合 Contra Costa Health Services 確定的醫療口譯資格。

4. 為失聰者或聽障者提供口譯服務- 聽障患者/客戶

- a 如上所述，合格的美國手語口譯員可透過 HCIN 或透過簽約口譯服務當面提供。
- b TDD（聽障電訊設備）電話服務可在面對面或通過電話交談期間為患者/客戶使用（如果可用）。

- c. **California Relay Service (CRS)** 為失聰者、聽力障礙或語言障礙人士提供免費電話接入服務，並且隨時可用。要獲取此服務，請撥打以下任一號碼以協助轉發訊息：(800) 735-2922 或 (888) 877-5379。Contra Costa Health Services 的員工也可以撥打 711。
- d. 在提供照護、治療和/或醫療照護服務期間，**Contra Costa Health Services** 不會讓家人或朋友或其他無資格的個人作為英語能力有限 (LEP)、失聰或聽障患者/客戶的口譯員。但是，**Contra Costa** 地區醫療中心也承認患者的權利，即在被告知可以提供口譯服務並鼓勵使用合格的口譯員後，患者有權選擇不使用口譯員，即使有人勸阻他們不要這樣做。如果 **LEP** 患者拒絕使用醫療口譯員或堅持依賴家人或朋友口頭翻譯，仍必須向患者提供並鼓勵其使用合格的醫療口譯員，並由家人或朋友協助準確翻譯互動並確保有效溝通。必須使用患者的首選語言就此直接與患者進行交談，並連同所用家人或朋友的姓名、關係和年齡在醫療檔案中進行記錄。
- e. **Contra Costa Health Services** 允許患者選擇支持人員在場，除非該人員在場侵犯他人的權利、安全或存在醫療或治療禁忌。該個人可能是亦可能不是患者的代理決策者或合法授權代表。
- f. 在提供照護和討論英語能力有限 (LEP)、失聰者或聽障患者/客戶的醫療照護期間，始終使用合格的醫療照護口譯員。然而，如果在 **Contra Costa** 地區醫療中心接受緊急、急診或計畫外照護，而需要一名不常見語言的口譯員，

但未找到即時可用的口譯員時，可以讓家人或未經認證的雙語提供者或員工翻譯，直到合格的口譯員可用。應記錄嘗試獲得合格口譯員的過程及結果。

患者有權拒絕正式的口譯服務，即使有人勸阻他們不要這樣做。如果 LEP 患者拒絕使用醫療口譯員或堅持依賴家人或朋友口頭翻譯，仍必須使用合格的口譯員，並由家人或朋友協助準確翻譯互動並確保有效溝通。

D. 透過在記錄中注明口譯員 ID
來記錄使用的口譯員。這可以使用 SmartPhrase 「.int」來完成。亦要記錄是否由經過認證的雙語醫療照護提供者或工作人員提供照護。

E. 提供書面材料的適當翻譯

1. 在可能的情況下，以患者/客戶首選的書面語言並以最能滿足患者/客戶需求的方式向其提供書面材料。如果不能立即提供材料，請提供材料的口譯或安排及時翻譯和郵寄。

a 材料可透過電子郵件傳送至

「翻譯」以及所需的語言和成本中心以收費。Word 或 Publisher 格式是這些文件的首選格式。

2. **Contra Costa**

郡的基本語言是西班牙語。應以西班牙語為患者/客戶提供適當的書面材料。其他語言在我們的患者/客戶群中也可能很重要，**每個部門必須確定除西班牙語外還應以這些語言提供的「重要文件」。**

3. 由簽約供應商完成的所有翻譯將由分部或部門確定的連絡人進行內部審核，以確保特定分部、部門或單位的準確性、適當的讀寫水準和文化敏感性。

4. 任何未通過翻譯能力審查的 CCHS 員工都不會被用於翻譯重要文件。簽約翻譯供應商將用於所有重要文件的翻譯。

F. 申訴和投訴程式。

1. 所有患者/客戶都有權就語言援助的提供提交投訴。投訴將透過各分部既有的申訴和投訴程式進行處理和解決。

2. 這些投訴亦應傳達給語言使用委員會以協助解決。在制定政策和程式時，將考慮這些投訴及患者和員工回饋。

G. 部門具體程式

1. **每個部門將確定可用的語言援助資源，並為員工提供**

為英語能力有限 (LEP)、失聰者和聽力障礙人士提供服務

有關如何獲得這些資源的適當材料和資訊。其中包括明確每個部門或網站的語言使用連絡人並提供其聯絡資訊。

2. 每個部門將及時制定有關如何獲得上述語言援助服務的程式。

責任人

部門主管

部門審查	簽名	日期
審查人員職務及部門		
健康服務部主任 – 主任辦公室		

部門審查	簽名	日期
審查人員職務及部門		
健康服務部主任 – 主任辦公室		