



التنازل عن الحق في الحصول على خدمات الترجمة الشفوية المجانية

بموجب القانون، يجب على وكالات ولاية نيويورك التي تقدم خدمات أو مزايا للجمهور أن تقدم خدمات الترجمة الشفوية للشخص الذي يتلقى الخدمات أو المزايا بلغته الأساسية. إذا كنت تعرّف نفسك أو تم تصنيفك على أنك فرد محدود الكفاءة في اللغة الإنكليزية من قبل الوكالة وترغب في التنازل عن حقك في الحصول على خدمات الترجمة الشفوية المجانية، فيجب عليك استكمال هذا النموذج. ستظل المعلومات التي تشاركها في هذا النموذج سرية ولن تتم مشاركتها مع أي أطراف خارجية.

اسم الفرد محدود الكفاءة في اللغة الإنكليزية (أو ممثله المعتمد)

اختر كل ما ينطبق:

- لقد تمّ إخباري بأنه يحق لي الحصول على خدمات الترجمة الشفوية المجانية.
- أفهم أنه يمكنني الحصول على خدمات مترجم شفوي مجاني.
- أختار **عدم** استخدام خدمات مترجم شفوي مجاني في الوقت الحالي، وبدلاً من ذلك:
- سأواصل باللغة الإنكليزية.

سأستخدم مترجم شفوي خاص بي (يجب أن يكون عمره 18 عامًا على الأقل). يُرجى ملاحظة أنه بالنسبة لخدمات معينة، قد لا يُسمح لك بتوفير مترجم شفوي من اختيارك.

اسم المترجم الشفوي: _____

صلته بالفرد الذي لديه كفاءة محدودة في اللغة الإنكليزية: _____

غير ذلك: _____

أعلم أنني أستطيع تغيير رأيي في أي وقت وقبول خدمات مترجم شفوي مجاني.

التاريخ

توقيع الفرد محدود الكفاءة في اللغة الإنكليزية

(أو ممثله المعتمد)

FOR AGENCY USE ONLY

Name of Employee: _____

Division/Department: _____

Email Address: _____ Phone Number: _____

Signature of Employee

Date

يُعتبر الأفراد على أنهم من محدودي الكفاءة في اللغة الإنكليزية إذا كانوا لا يتحدثون الإنكليزية كلفتهم المفضلة، ولديهم قدرة محدودة على قراءة اللغة الإنكليزية المنطوقة أو التحدث بها أو كتابتها أو فهمها.