



বিনামূল্যে দোভাষী পরিষেবার অধিকার ত্যাগ

এই আইনের অধীনে, যেসব নিউ ইয়র্ক স্টেট এজেন্সিগুলি জনসাধারণকে পরিষেবা বা সুযোগ সুবিধা প্রদান করে তাদের অবশ্যই পরিষেবা বা সুযোগ সুবিধা গ্রহণকারী ব্যক্তিকে তাদের প্রাথমিক ভাষায় দোভাষী পরিষেবা প্রদান করতে হবে। যদি আপনি সীমিত ইংরেজি দক্ষতা সম্পন্ন ব্যক্তি হিসাবে নিজের পরিচয় দেন অথবা এজেন্সি কর্তৃক সেইরূপ চিহ্নিত হয়ে থাকেন এবং বিনামূল্যে দোভাষী পরিষেবা পাওয়ার অধিকার পরিত্যাগ করতে চান, তাহলে আপনাকে এই ফর্মটি পূরণ করতে হবে। এই ফর্মে আপনার শেয়ার করা তথ্য গোপনীয় রাখা হবে এবং বাইরের কোনো পক্ষের সাথে শেয়ার করা হবে না।

সীমিত ইংরেজি দক্ষতা সম্পন্ন ব্যক্তির (অথবা অনুমোদিত প্রতিনিধির) নাম

অনুগ্রহ করে প্রযোজ্য সবকটি বেছে নিন:

- আমাকে বলা হয়েছে যে আমার বিনামূল্যে দোভাষী পরিষেবা পাওয়ার অধিকার আছে।
- আমি বুঝতে পেরেছি যে আমি বিনামূল্যে দোভাষী পরিষেবা পেতে পারি।
- আমি এই মুহুর্তে বিনামূল্যে দোভাষী পরিষেবা ব্যবহার করব না বলে সিদ্ধান্ত নিয়েছি, তার বদলে আমি:
- ইংরেজিতে যোগাযোগ করব।
- আমার নিজের দোভাষী ব্যবহার করব (অবশ্যই ন্যূনতম 18 বছর বয়সী হতে হবে)। অনুগ্রহ করে মনে রাখবেন যে কিছু নির্দিষ্ট পরিষেবার জন্য আপনাকে হয়তো আপনার পছন্দের দোভাষী বেছে নেওয়ার সুযোগ দেওয়া হবে না।
- দোভাষীর নাম: _____
- সীমিত ইংরেজি দক্ষতা সম্পন্ন ব্যক্তির সাথে সম্পর্ক: _____
- অন্যান্য: _____
- আমি বুঝতে পেরেছি যে আমি যে কোনও সময় আমার সিদ্ধান্ত পরিবর্তন করতে এবং বিনামূল্যে দোভাষী পরিষেবা গ্রহণ করতে পারি।

সীমিত ইংরেজি দক্ষতা সম্পন্ন ব্যক্তির
(অথবা অনুমোদিত প্রতিনিধির) স্বাক্ষর

তারিখ

FOR AGENCY USE ONLY

Name of Employee: _____

Division/Department: _____

Email Address: _____ Phone Number: _____

Signature of Employee

Date

লোকজনকে সীমিত ইংরেজি দক্ষতা সম্পন্ন হিসাবে তখনই বিবেচনা করা হবে, যদি তারা নিজেদের প্রথম পছন্দের ভাষা হিসাবে ইংরেজী না বলতে পারেন বা ইংরেজী পড়তে, বলতে, লিখতে বা কথ্য ইংরেজী বুঝতে সীমিত সামর্থ্য থাকে।