



Παραίτηση από το δικαίωμα σε δωρεάν υπηρεσίες διερμηνείας

Σύμφωνα με τη νομοθεσία, οι φορείς της Πολιτείας της Νέας Υόρκης που παρέχουν υπηρεσίες ή παροχές στο κοινό πρέπει να προσφέρουν δωρεάν υπηρεσίες διερμηνείας στο άτομο που λαμβάνει τις υπηρεσίες ή τις παροχές στην κύρια γλώσσα του. Εάν αυτοπροσδιορίζεστε ή έχετε προσδιοριστεί ως άτομο με περιορισμένη γνώση της αγγλικής γλώσσας από τον φορέα και επιθυμείτε να παραιτηθείτε από το δικαίωμά σας σε δωρεάν υπηρεσίες διερμηνείας, πρέπει να συμπληρώσετε αυτό το έντυπο. Οι πληροφορίες που γνωστοποιείτε σε αυτό το έντυπο θα τηρούνται απόρρητες και δεν θα κοινοποιούνται σε εξωτερικά μέρη.

Όνομα του ατόμου με περιορισμένη γνώση της αγγλικής γλώσσας (ή του εξουσιοδοτημένου εκπροσώπου)

Επιλέξτε όλα όσα ισχύουν:

- ☐ Έχω ενημερωθεί ότι έχω το δικαίωμα σε δωρεάν υπηρεσίες διερμηνείας.
- ☐ Γνωρίζω ότι μπορώ να λάβω τις υπηρεσίες ενός δωρεάν διερμηνέα.
- ☐ Επιλέγω να ΜΗ χρησιμοποιήσω τις υπηρεσίες ενός δωρεάν διερμηνέα αυτή τη στιγμή και αντ' αυτού:
 - ☐ Η επικοινωνία θα πραγματοποιηθεί στα αγγλικά.
 - ☐ Θα χρησιμοποιήσω τον δικό μου διερμηνέα (Πρέπει να είναι τουλάχιστον 18 ετών). Έχετε υπόψη ότι για ορισμένες υπηρεσίες, ενδέχεται να μην επιτρέπεται να χρησιμοποιήσετε διερμηνέα της επιλογής σας.

Όνομα του διερμηνέα: _____

Σχέση με το άτομο με περιορισμένη γνώση της αγγλικής γλώσσας: _____

☐ Άλλο: _____

☐ Γνωρίζω ότι μπορώ να αλλάξω γνώμη ανά πάσα στιγμή και να αποδεχτώ τις υπηρεσίες ενός δωρεάν διερμηνέα.

**Υπογραφή ατόμου με περιορισμένη γνώση της αγγλικής γλώσσας
(ή του εξουσιοδοτημένου εκπροσώπου)**

Ημερομηνία

FOR AGENCY USE ONLY

Name of Employee: _____

Division/Department: _____

Email Address: _____ Phone Number: _____

Signature of Employee

Date

Τα άτομα θεωρούνται ότι έχουν περιορισμένη γνώση της αγγλικής γλώσσας εάν δεν μιλούν αγγλικά ως προτιμώμενη γλώσσα τους και έχουν περιορισμένη ικανότητα ανάγνωσης, ομιλίας, γραφής ή προφορικής επικοινωνίας στα αγγλικά.