



## निःशुल्क दुभाषिया सेवा के अधिकार का त्याग

इस कानून के तहत, जनता को सेवाएं या लाभ प्रदान करने वाली न्यूयॉर्क राज्य की एजेन्सियों को सेवाएं या लाभ प्राप्त करने वाले व्यक्ति को उसकी प्राथमिक भाषा में दुभाषिया सेवाएं प्रदान करनी होंगी। अगर आपने स्वयं अपनी पहचान की है या आपको एजेन्सी के द्वारा अंग्रेज़ी में सीमित निपुणता वाले व्यक्ति के रूप में पहचाना गया है और निःशुल्क दुभाषिया सेवाओं के अपने अधिकार का त्याग करना चाहते हैं, तो आपको यह फ़ॉर्म भरना होगा। आपके द्वारा इस फ़ॉर्म में साझा की गई जानकारी निजी रखी जाएगी और उसे किन्हीं बाहरी पक्षों से साझा नहीं किया जाएगा।

**अंग्रेज़ी में सीमित निपुणता वाले व्यक्ति (या अधिकृत प्रतिनिधि) का नाम**

जो लागू है उस के सामने सही का निशान बनाएं:

- ☐ मुझे बताया गया है कि मुझे निःशुल्क दुभाषिया सेवाएं प्राप्त करने का अधिकार है।
- ☐ मैं समझता/समझती हूँ कि मैं एक निःशुल्क दुभाषिए की सेवाएं प्राप्त कर सकता/सकती हूँ।
- ☐ इस समय मैं निःशुल्क दुभाषिये की सेवाओं का उपयोग न करना चुनता/चुनती हूँ और उसके बदले:
- ☐ अंग्रेज़ी में बात करूँगा/करूँगी।
- ☐ अपने खुद के दुभाषिए का उपयोग करूँगा/करूँगी (कम से कम 18 वर्ष का होना चाहिए)। कृपया ध्यान दें कि कुछ सेवाओं के लिए आपको अपनी पसंद का दुभाषिया प्रदान न किया जाए ऐसा हो सकता है।

दुभाषिए का नाम : \_\_\_\_\_

अंग्रेज़ी में सीमित निपुणता वाले व्यक्ति से संबंध : \_\_\_\_\_

☐ अन्य : \_\_\_\_\_

☐ मैं समझता/समझती हूँ कि मैं किसी भी समय अपना मन बदल कर एक निःशुल्क दुभाषिए की सेवाएं स्वीकार कर सकता/सकती हूँ।

**अंग्रेज़ी में सीमित निपुणता वाले व्यक्ति व्यक्ति  
(या अधिकृत प्रतिनिधि) के हस्ताक्षर**

**तिथि**

### FOR AGENCY USE ONLY

Name of Employee: \_\_\_\_\_

Division/Department: \_\_\_\_\_

Email Address: \_\_\_\_\_ Phone Number: \_\_\_\_\_

**Signature of Employee**

**Date**

अगर व्यक्ति अपनी पसंदीदा भाषा के रूप में अंग्रेज़ी नहीं बोलते हैं, और उनकी अंग्रेज़ी में पढ़ने, बोलने, लिखने या बोली हुई अंग्रेज़ी समझने की सीमित क्षमता हो, तो उन्हें अंग्रेज़ी में सीमित निपुणता वाला माना जाता है।