



無料通訳サービスの権利の放棄

法律により、ニューヨーク州の一般市民にサービスまたは援助を提供する州の行政機関は、サービスや給付を受ける人の母国語の通訳を提供しなければなりません。あなたが、限られた英語能力を持つ個人であると自認しているか、当局によって限られた英語能力を持つ個人であると特定されていて、無料の通訳サービスを受ける権利を放棄したい場合は、本フォームに記入する必要があります。本フォームで共有する情報は非公開とされ、外部関係者と共有されることはありません。

限られた英語能力を持つ個人（または正式な代表者）の氏名

該当するものすべてにチェックを付けてください：

- ☐ 私は無料の通訳サービスを受ける権利があることを伝えられました。
- ☐ 私は無料の通訳サービスが受けられることを理解しています。
- ☐ 私は現時点で無料の通訳サービスを利用しないことを選択し、代わりに以下を利用します：
- ☐ 英語でコミュニケーションを図る。
- ☐ 自分の通訳者を利用する（18歳以上でなければなりません）。サービスによってはご自身が選択した通訳者を利用できない場合もあります。

通訳者の氏名： _____

限られた英語能力を持つ個人との関係： _____

☐ その他： _____

☐ 私は、私がいつでもこの選択を変更して、無料の通訳サービスが受けられることを理解しています。

限られた英語能力を持つ個人（または正式な代表者）の署名

日付

FOR AGENCY USE ONLY

Name of Employee: _____

Division/Department: _____

Email Address: _____ Phone Number: _____

Signature of Employee

Date

英語を優先言語として話さず、英語を読む、話す、書く、または理解する能力が限られている場合、限られた英語能力を持つ個人とみなされます。