



निःशुल्क दोभाषे सेवाहरूको अधिकार त्याग

कानून अन्तर्गत, सर्वसाधारणहरूलाई सेवा अथवा लाभहरू प्रदान गर्ने न्यूयोर्क राज्यका एजेन्सीहरूले आफ्नो प्राथमिक वा मातृभाषामा सेवा वा सुविधाहरू प्राप्त गर्ने व्यक्तिलाई दोभाषे सेवाहरू प्रदान गर्नुपर्छ। तपाईंले आफैं वा एजेन्सीद्वारा तपाईंलाई सीमित अङ्ग्रेजी प्रवीणता भएको व्यक्तिको रूपमा पहिचान गरिएको भएमा र तपाईं निःशुल्क दोभाषे सेवामा आफ्नो अधिकार त्याग चाहनुहुन्छ भने, तपाईंले यो फाराम भर्नु पर्छ। तपाईंले यस फाराममा उपलब्ध गराउनुभएको जानकारी गोप्य राखिने छ र कुनै पनि बाह्य पक्षहरूलाई प्रदान गरिने छैन।

सीमित अङ्ग्रेजी प्रवीणता भएको व्यक्ति (अथवा अधिकारप्राप्त प्रतिनिधि) को नाम

लागू हुने सबैमा चिन्ह लगाउनुहोस्:

- ☐ मलाई निःशुल्क दोभाषे सेवाहरू पाउने अधिकार रहेको कुरा बताइएको छ।
- ☐ म निःशुल्क दोभाषे सेवा लिन सक्छु भन्ने म बुझ्छु।
- ☐ म हालका लागि निःशुल्क दोभाषे सेवाहरू प्रयोग नगर्ने विकल्प रोज्छु र त्यसको सट्टा म:
 - ☐ अङ्ग्रेजीमा संवाद गर्ने छु।
 - ☐ मेरो आफ्नै दोभाषे प्रयोग गर्ने छु (कम्तीमा 18 वर्ष उमेर पुगेको हुनु पर्ने छ)। कृपया ध्यान दिनुहोस्, केही सेवाहरूका लागि, तपाईंलाई आफ्नो चाहेका दोभाषे प्रदान गर्न अनुमति दिइने छैन।

अनुवादकको नाम: _____

सीमित अङ्ग्रेजी प्रवीणता भएको व्यक्तिसँगको नाता: _____

☐ अन्य: _____

☐ म कुनै पनि बेला आफ्नो मन परिवर्तन गर्न सक्छु र निःशुल्क दोभाषे सेवाहरू स्वीकार गर्न सक्छु भन्ने म बुझ्छु।

सीमित अङ्ग्रेजी प्रवीणता भएको व्यक्ति
(अथवा अधिकारप्राप्त प्रतिनिधि) को हस्ताक्षर

मिति

FOR AGENCY USE ONLY

Name of Employee: _____

Division/Department: _____

Email Address: _____ Phone Number: _____

Signature of Employee

Date

कसैले उनीहरूले अङ्ग्रेजीलाई आफ्नो मनपर्ने भाषाको रूपमा बोल्दैनन् र पढ्न, बोल्न, लेख्न वा अरूले बोलेको बुझ्न कठिन मान्छन् भने उनीहरूलाई सीमित अङ्ग्रेजी प्रवीणता भएको मानिन्छ।