



ਮੁਫ਼ਤ ਦੁਭਾਸ਼ੀਆ (ਵਿਆਖਿਆ) ਸੇਵਾਵਾਂ ਲਈ ਹੱਕ ਦੀ ਛੇਟ

ਕਾਨੂੰਨ ਹੇਠ, ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਸੇਵਾਵਾਂ ਜਾਂ ਲਾਭ ਉਪਲਬਧ ਕਰਾਉਣ ਵਾਲੀਆਂ ਨਿਊਯਾਰਕ ਸਟੇਟ ਦੀਆਂ ਏਜੰਸੀਆਂ ਨੂੰ ਸੇਵਾ ਜਾਂ ਲਾਭ ਲੈਣ ਵਾਲੇ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਉਹਨਾਂ ਦੀ ਮਾਂ-ਬੋਲੀ ਵਿੱਚ ਵਿਆਖਿਆ (ਦੁਭਾਸ਼ੀਆ) ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਾਉਣੀਆਂ ਚਾਹੀਦੀਆਂ ਹਨ। ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੇ ਬਾਰੇ ਪਤਾ ਹੈ ਜਾਂ ਏਜੰਸੀ ਵਲੋਂ ਤੁਹਾਡੀ ਪਛਾਣ ਅੰਗ੍ਰੇਜ਼ੀ ਵਿੱਚ ਘੱਟ ਮੁਹਾਰਤ ਵਾਲੇ ਸ਼ਖ਼ਸ ਵਜੋਂ ਕੀਤੀ ਗਈ ਹੈ ਅਤੇ ਤੁਸੀਂ ਦੁਭਾਸ਼ੀਆ (ਵਿਆਖਿਆ) ਸੇਵਾਵਾਂ ਦਾ ਆਪਣਾ ਹੱਕ ਛੱਡਣਾ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਹ ਫ਼ਾਰਮ ਭਰਨਾ ਪਏਗਾ। ਇਸ ਫ਼ਾਰਮ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਡੇ ਵੱਲੋਂ ਸਾਂਝੀ ਕੀਤੀ ਗਈ ਜਾਣਕਾਰੀ ਗੁਪਤ ਰੱਖੀ ਜਾਏਗੀ ਅਤੇ ਇਸ ਨੂੰ ਕਿਸੇ ਵੀ ਬਾਹਰੀ ਧਿਰ ਨਾਲ ਸਾਂਝਾ ਨਹੀਂ ਕੀਤਾ ਜਾਏਗਾ।

ਅੰਗ੍ਰੇਜ਼ੀ ਵਿੱਚ ਘੱਟ ਮੁਹਾਰਤ ਵਾਲੇ ਸ਼ਖ਼ਸ (ਜਾਂ ਅਖ਼ਤਿਆਰਪ੍ਰਾਪਤ ਨੁਮਾਇੰਦੇ) ਦਾ ਨਾਂ

ਲਾਗੂ ਸਾਰਿਆਂ 'ਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਾਓ:

- ☐ ਮੈਨੂੰ ਦੱਸਿਆ ਗਿਆ ਹੈ ਕਿ ਮੈਨੂੰ ਮੁਫ਼ਤ ਦੁਭਾਸ਼ੀਆ (ਵਿਆਖਿਆ) ਸੇਵਾਵਾਂ ਦਾ ਹੱਕ ਹੈ।
- ☐ ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ/ਸਮਝਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਮੈਨੂੰ ਮੁਫ਼ਤ ਦੁਭਾਸ਼ੀਆ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮਿਲ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ।
- ☐ ਮੈਂ ਇਸ ਸਮੇਂ ਮੁਫ਼ਤ ਦੁਭਾਸ਼ੀਆ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਨਾ ਕਰਨ ਦੀ ਚੋਣ ਕਰਦਾ/ਕਰਦੀ ਹਾਂ ਅਤੇ ਇਸਦੀ ਬਜਾਏ:
 - ☐ ਅੰਗ੍ਰੇਜ਼ੀ ਵਿੱਚ ਗੱਲਬਾਤ ਕਰਾਂਗਾ/ਕਰਾਂਗੀ।
 - ☐ ਆਪਣੇ ਹੀ ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਦੀ ਸੇਵਾ ਲਵਾਂਗਾ/ਲਵਾਂਗੀ (ਦੁਭਾਸ਼ੀਆ ਘੱਟੋ-ਘੱਟ 18 ਸਾਲ ਦਾ ਹੋਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ)। ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਧਿਆਨ ਦਿਓ ਕਿ ਕੁਝ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲਈ, ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਪਸੰਦ ਦੇ ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਦੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲੈਣ ਦੀ ਮੰਜ਼ੂਰੀ ਨਹੀਂ ਮਿਲ ਸਕਦੀ।

ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਦਾ ਨਾਂ: _____

ਅੰਗ੍ਰੇਜ਼ੀ ਵਿੱਚ ਘੱਟ ਮੁਹਾਰਤ ਵਾਲੇ ਸ਼ਖ਼ਸ ਨਾਲ ਰਿਸ਼ਤਾ: _____

☐ ਹੋਰ: _____

- ☐ ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ/ਸਮਝਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਮੈਂ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਮੇਂ ਆਪਣਾ ਇਰਾਦਾ ਬਦਲ ਸਕਦਾ/ਸਕਦੀ ਹਾਂ ਅਤੇ ਮੁਫ਼ਤ ਦੁਭਾਸ਼ੀਆ ਸੇਵਾਵਾਂ ਪ੍ਰਵਾਣ ਕਰ ਸਕਦਾ/ਸਕਦੀ ਹਾਂ।

ਅੰਗ੍ਰੇਜ਼ੀ ਵਿੱਚ ਘੱਟ ਮੁਹਾਰਤ ਵਾਲੇ ਸ਼ਖ਼ਸ
(ਜਾਂ ਅਖ਼ਤਿਆਰਪ੍ਰਾਪਤ ਨੁਮਾਇੰਦੇ) ਦੇ ਦਸਤਖ਼ਤ

ਤਾਰੀਖ਼

FOR AGENCY USE ONLY

Name of Employee: _____

Division/Department: _____

Email Address: _____ Phone Number: _____

Signature of Employee

Date

LEP ਵਲੋਂ ਉਹਨਾਂ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਅੰਗ੍ਰੇਜ਼ੀ ਵਿੱਚ ਘੱਟ ਮੁਹਾਰਤ ਵਾਲੇ ਮੰਨਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਜਿਹੜੇ ਅੰਗ੍ਰੇਜ਼ੀ ਨੂੰ ਆਪਣੀ ਪਸੰਦੀਦਾ ਭਾਸ਼ਾ ਵਜੋਂ ਨਹੀਂ ਬੋਲਦੇ ਅਤੇ ਅੰਗ੍ਰੇਜ਼ੀ ਪੜ੍ਹਨ, ਬੋਲਣ, ਲਿਖਣ ਜਾਂ ਸਮਝਣ ਦੀ ਉਹਨਾਂ ਦੀ ਸਮਰੱਥਾ ਘੱਟ ਹੁੰਦੀ ਹੈ।