



### Oświadczenie o zrzeczeniu się prawa do bezpłatnych usług tłumaczeniowych

Zgodnie z ustawą urzędy stanu Nowy Jork zapewniające usługi lub świadczenia dla obywateli mają obowiązek oferować osobom korzystającym z usług lub świadczeń usługi tłumaczeń ustnych w ich głównym języku. Jeśli identyfikują się Państwo jako osoba o ograniczonej znajomości języka angielskiego lub urząd zidentyfikował Państwa jako taką osobę, ale chcą Państwo zrzec się prawa do bezpłatnych usług tłumaczeniowych, należy wypełnić niniejszy formularz. Informacje podane w tym formularzu pozostaną poufne i nie będą udostępniane żadnym podmiotom zewnętrznym.

#### Imię i nazwisko osoby o ograniczonej znajomości języka angielskiego (lub jej upoważnionego przedstawiciela)

Prosimy zaznaczyć wszystkie pasujące opcje:

- Poinformowano mnie, że mam prawo do bezpłatnych usług tłumaczeniowych.
- Rozumiem, że mogę bezpłatnie skorzystać z usług tłumacza.
- Tym razem NIE skorzystam bezpłatnie z usług tłumacza, a zamiast tego:
  - Będę się komunikować w języku angielskim.
  - Skorzystam z własnego tłumacza (musi mieć co najmniej 18 lat). Uwaga: w przypadku niektórych usług nie można skorzystać z pomocy wybranego przez siebie tłumacza.

Imię i nazwisko tłumacza: \_\_\_\_\_

Powiązanie tłumacza z osobą o ograniczonej znajomości języka angielskiego: \_\_\_\_\_

Inna odpowiedź: \_\_\_\_\_

Rozumiem, że w każdej chwili mogę zmienić zdanie i bezpłatnie skorzystać z oferowanych usług tłumacza.

Podpis osoby o ograniczonej znajomości języka angielskiego  
(lub jej upoważnionego przedstawiciela)

Data

#### FOR AGENCY USE ONLY

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

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

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

Signature of Employee

Date

Dana osoba jest uznawana za osobę o ograniczonej znajomości języka angielskiego, jeśli nie posługuje się angielskim jako językiem podstawowym i ma ograniczone umiejętności czytania, mówienia, pisania lub rozumienia w języku angielskim.