



**Отказ от права на бесплатные услуги устного перевода**

В соответствии с законом ведомства штата Нью-Йорк, предоставляющие услуги или льготы населению, должны предлагать услуги устного перевода лицам, получающим услуги или льготы, на их основной язык. Если вы считаете себя или ведомство считает вас лицом с ограниченным знанием английского языка и вы хотите отказаться от своего права на бесплатные услуги устного перевода, вам нужно заполнить эту форму. Сведения, указанные в этой форме, будут считаться конфиденциальными и не будут переданы третьим сторонам.

**Имя и фамилия лица с ограниченным знанием английского языка (или его уполномоченного представителя)**

Отметьте все подходящие варианты:

- Мне сообщили, что я имею право на бесплатные услуги устного перевода.
- Я понимаю, что я бесплатно могу пользоваться услугами устного переводчика.
- Я решил(а) в этот раз НЕ пользоваться бесплатными услугами устного переводчика и вместо этого буду:
  - Использовать для коммуникации английский язык.
  - Использовать своего устного переводчика (ему должно быть не меньше 18 лет). Обратите внимание, что для некоторых услуг вы не имеете права использовать переводчика по своему выбору.

Имя и фамилия переводчика: \_\_\_\_\_

Кем приходится лицу с ограниченным знанием английского языка: \_\_\_\_\_

Другое: \_\_\_\_\_

Я понимаю, что я могу в любой момент изменить свое решение и воспользоваться услугами бесплатного устного переводчика.

**Подпись лица с ограниченным знанием английского языка (или его уполномоченного представителя)**

**Дата**

FOR AGENCY USE ONLY	
Name of Employee: _____	
Division/Department: _____	
Email Address: _____	Phone Number: _____
_____	_____
<b>Signature of Employee</b>	<b>Date</b>

Человек является лицом с ограниченным знанием английского языка, если английский язык не является для него основным, однако он может до некоторой степени читать, говорить, писать или понимать устную речь на английском языке.