



### Từ bỏ Quyền được Sử dụng Dịch vụ Thông dịch Miễn phí

Theo luật, các cơ quan của Tiểu bang New York cung cấp dịch vụ hoặc phúc lợi cho công chúng sẽ phải cung cấp dịch vụ thông dịch cho người hưởng dịch vụ hoặc phúc lợi bằng ngôn ngữ chính của họ. Nếu quý vị tự xác định hoặc đã được cơ quan xác định là cá nhân có trình độ tiếng Anh hạn chế và muốn từ bỏ quyền sử dụng dịch vụ thông dịch miễn phí, quý vị cần hoàn thành biểu mẫu này. Thông tin quý vị chia sẻ trong biểu mẫu này sẽ được bảo mật và không được chia sẻ với bất kỳ bên thứ ba nào.

#### Tên của Cá nhân có Trình độ tiếng Anh Hạn chế (hoặc Người đại diện được Ủy quyền)

Đánh dấu tất cả các mục được áp dụng:

- ☐ Tôi được cho biết rằng tôi có quyền sử dụng dịch vụ thông dịch miễn phí.
- ☐ Tôi hiểu rằng tôi có thể sử dụng các dịch vụ thông dịch miễn phí.
- ☐ Tôi chọn KHÔNG sử dụng các dịch vụ thông dịch miễn phí tại thời điểm này, và thay vào đó tôi sẽ:
- ☐ Giao tiếp bằng tiếng Anh.
- ☐ Sử dụng thông dịch viên riêng của tôi (Phải từ 18 tuổi trở lên). Xin lưu ý rằng đối với một số dịch vụ nhất định, quý vị có thể không được phép cung cấp thông dịch viên theo lựa chọn của mình.

Tên Thông dịch viên: \_\_\_\_\_

Mối quan hệ với cá nhân có trình độ tiếng Anh hạn chế: \_\_\_\_\_

☐ Khác: \_\_\_\_\_

☐ Tôi hiểu rằng tôi có thể thay đổi quyết định bất cứ lúc nào và chấp nhận các dịch vụ của thông dịch miễn phí.

Chữ ký của Cá nhân có Trình độ tiếng Anh Hạn chế  
(hoặc Người đại diện được Ủy quyền)

Ngày

#### FOR AGENCY USE ONLY

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

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

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

Signature of Employee

Date

Các cá nhân được coi là có trình độ tiếng Anh hạn chế nếu họ không nói tiếng Anh như ngôn ngữ ưu tiên và có khả năng hạn chế về đọc, nói, viết hoặc hiểu tiếng Anh nói.