



免費口譯服務放棄書

根據法律規定，為公眾提供服務或福利的紐約州機構必須為接受服務或福利的人員以他們的主要語言提供口譯服務。如果您自我認定或被機構認定是不精通英語人士，但希望放棄使用免費口譯服務的權利，則您需填寫此表格。您在本表中提供的資訊將會保密處理，不會與任何外部機構共用。

不精通英語人士（或授權代表）姓名

勾選所有適用選項：

☐ 本人已被告知，本人有權使用免費口譯服務。

☐ 本人理解，本人可獲得免費口譯員服務。

☐ 本人這次選擇不使用免費口譯員服務，而是：

☐ 用英語溝通

☐ 使用本人自己的口譯員（必須至少年滿 18 歲）。請注意，某些服務不得自行選擇口譯員。

口譯員姓名：_____

與不精通英語人士的關係：_____

☐ 其他：_____

☐ 本人明白本人可以隨時改變主意並接受免費口譯員服務。

不精通英語人士（或授權代表）簽名

日期

FOR AGENCY USE ONLY

Name of Employee: _____

Division/Department: _____

Email Address: _____ Phone Number: _____

Signature of Employee

Date

不精通英語人士是指不以英語為主要語言的人員，而且其讀、說、寫或理解英語的能力有限。