

放棄免費翻譯服務的權利

紐約州政策規定為英語水準有限的人（LEP*）在獲得州政府服務時提供免費翻譯服務。如果機構確認您（或自我確認）為 LEP 人士，但希望放棄獲得免費口譯服務的權利，需要填寫此表。

英語能力有限人士（LEP）的姓名（或授權代表）

請勾選所有適用項

- 我被告知，我有權獲得免費的翻譯服務
- 我理解我可以得到免費的翻譯服務
- 我選擇此時不使用免費口譯員的服務，但將
 - 使用英語進行交流
 - 使用自帶翻譯（必須年滿 18 歲）。請注意，有些服務可能不允許提供您選擇的口譯員

翻譯姓名：_____

與 LEP 人士關係：_____

其它：_____

我理解我可以在任何時候改變決定並接受免費口譯員的服務

LEP 人士 (或授權代表) 簽名

日期

此欄僅供工作人員填寫 (FOR AGENCY USE ONLY)

Name of Employee: _____

Division/Department: _____

Email Address: _____ Phone Number: _____

Signature of Employee

Date