NEW YORK STATE OF OPPORTUNITY. Language Access

NEW YORK STATE Department of Health

KATHY HOCHUL
Governor

التنازل عن حقوق خدمات الترجمة المجانية

إن من سياسة ولاية نيويورك تقديم خدمات الترجمة المجانية للأفراد الذين يتقنون اللغة الإنجليزية بشكل محدود (LEP)* عند الحصول على خدمات الولاية. إذا حددت الوكالة (أو حددت أنت) أنك فرد يتقن اللغة الإنجليزية بشكل محدود وترغب في التنازل عن حقك في الحصول على خدمات الترجمة المجانية، فيتعين عليك إكمال هذا النموذج.

اسم الفرد الذي يتقن اللغة الإنجليزية بشكل محدود (LEP) *(أو الممثل المفوض)*

____

حدد كل ما ينطبق

☐ تم إخباري أن لي الحق في الحصول على خدمات الترجمة المجانية

☐ أعلم أنني أستطيع الحصول على خدمات الترجمة المجاني

☐ أختار عدم استخدام خدمات الترجمة المجانية في هذا الوقت وبدلًا من ذلك

☐ سأتواصل باللغة الإنجليزية

☐ أستخدم المترجم الخاص بي *(يجب أن يكون عمره 18 عامًا على الأقل)*. يُرجى ملاحظة أنه بالنسبة لخدمات معينة، قد لا يُسمح لك بتوفير مترجم من اختيارك.

اسم المترجم: ____

صلته بالفرد الذي يتقن اللغة الإنجليزية بشكل محدود: ________________________________

☐ أخرى: ____

☐ أعلم أنني أستطيع تغيير رأيي في أي وقت وقبول خدمات الترجمة المجاني

____ ____________________

توقيع الفرد الذي يتقن اللغة الإنجليزية بشكل محدود *(أو الممثل المفوض)* **التاريخ**

الاستخدام للوكالة فقط (FOR AGENCY USE ONLY)

Name of Employee: ____

Division/Department: ____

Email Address: ______________________________ Phone Number: ____________________

____________________ ____________________

Signature of Employee **Date**

---

*يتم اعتبار الأفراد على أنهم يتقنون اللغة الإنجليزية بشكل محدود إذا لم يتحدثوا اللغة الإنجليزية كلغتهم المفضلة ولديهم مقدرة محدودة على القراءة أو التحدث أو الكتابة أو فهم اللغة الإنجليزية المنطوقة.

AR