



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

*不用英语作为首选语言，并且读、说、写或理解英语口语的能力有限的个人被视为是 LEP 人士