



## Отказ от права на бесплатные услуги устного переводчика

Политика штата Нью-Йорк предусматривает предоставление лицам с ограниченным знанием английского языка (LEP\*) бесплатных услуг устного перевода при пользовании услугами штата. Если вы были идентифицированы агентством (или идентифицировали себя) как лицо с ограниченным знанием языка (LEP) и хотите отказаться от своего права на бесплатные услуги устного перевода, вам необходимо заполнить эту форму.

### ФИО лица с ограниченным знанием английского языка (LEP) (или его официального представителя)

Укажите все, что применимо

- Мне сказали, что я имею право на получение бесплатных услуг устного перевода
- Я понимаю, что могу воспользоваться услугами устного переводчика бесплатно
- Я НЕ хочу пользоваться бесплатными услугами устного переводчика, и вместо этого я буду
- Говорить на английском языке
  - Использовать своего собственного переводчика (*не младше 18 лет*). Обратите внимание, что при получении определенного рода услуг, возможно, вам не разрешат пригласить своего собственного переводчика.

ФИО переводчика: \_\_\_\_\_

Отношение к лицу с ограниченным знанием языка: \_\_\_\_\_

Прочее: \_\_\_\_\_

- Я понимаю, что могу передумать в любое время и воспользоваться услугами устного переводчика бесплатно

Подпись лица с ограниченным знанием языка  
(либо его официального представителя)

Дата

### FOR AGENCY USE ONLY (ТОЛЬКО ДЛЯ ВНУТРЕННЕГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ)

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

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

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

Signature of Employee

Date

\*Лица считаются LEP, если они не говорят по-английски в качестве предпочитаемого языка и имеют ограниченные способности читать, говорить, писать или понимать разговорный английский.