

免費口譯服務放棄書

紐約州政策規定在獲得本州服務時，為英文水平有限 (Limited English Proficient, LEP*) 的人員免費提供口譯服務。如果您被部門認定 (或自我認定) 是英文水平有限人員，但希望放棄使用免費口譯服務，則您需填寫此表格。

英文水平有限人員 (或被授權代表人) 姓名

勾選所有適用選項

我已被告知我可使用免費口譯服務

我理解我可從免費口譯員處獲得服務

這次我選擇不用免費口譯員提供的服務，而是

用英文溝通

使用我自己的口譯員 (必須至少年滿 18 歲)。請注意您在獲得特定服務時不能自行選擇口譯員。

口譯員姓名： _____

與英文水平有限人員關係： _____

其他： _____

我明白我可以隨時改變主意並接受免費口譯員提供的服務

英文水平有限人員 (或被授權代表人) 簽名

日期

FOR AGENCY USE ONLY

Name of Employee: _____

Division/Department: _____

Email Address: _____ Phone Number: _____

Signature of Employee

Date

*英文水平有限人員是指不以英語為主要語言的人員，因此，他們讀、說、寫或理解英語的能力有限。