



ΚΑΘΗ ΧΟΤΣΟΥΛΑ (KATHY HOCHUL)

Κυβερνήτης

## Παραίτηση από το δικαίωμα σε δωρεάν υπηρεσίες διερμηνείας

Η πολιτική της Πολιτείας της Νέας Υόρκης είναι να προσφέρει δωρεάν υπηρεσίες διερμηνείας σε άτομα με περιορισμένη γνώση της αγγλικής γλώσσας (Limited English Proficient, LEP\*) κατά την πρόσβασή τους σε κρατικές υπηρεσίες. Εάν έχετε προσδιοριστεί (ή αυτοπροσδιοριστεί) ως άτομο LEP από τον φορέα και επιθυμείτε να παραιτηθείτε από το δικαίωμά σας σε δωρεάν υπηρεσίες διερμηνείας, πρέπει να συμπληρώσετε αυτό το έντυπο. Οι πληροφορίες που γνωστοποιείτε σε αυτό το έντυπο θα τηρούνται απόρρητες και δεν θα κοινοποιούνται σε εξωτερικά μέρη.

**Όνομα του ατόμου με περιορισμένη γνώση της αγγλικής γλώσσας (LEP) (ή του εξουσιοδοτημένου εκπροσώπου)**

Επιλέξτε όλα όσα ισχύουν

- Έχω ενημερωθεί ότι έχω το δικαίωμα σε δωρεάν υπηρεσίες διερμηνείας
- Γνωρίζω ότι μπορώ να λάβω τις υπηρεσίες ενός δωρεάν διερμηνέα
- Επιλέγω να ΜΗ χρησιμοποιήσω τις υπηρεσίες ενός δωρεάν διερμηνέα αυτή τη στιγμή και αντ' αυτού

Η επικοινωνία θα πραγματοποιηθεί στα αγγλικά

Θα χρησιμοποιήσω τον δικό μου διερμηνέα (Πρέπει να είναι τουλάχιστον 18 ετών). Έχετε υπόψη ότι για ορισμένες υπηρεσίες, ενδέχεται να μην επιτρέπεται να χρησιμοποιήσετε διερμηνέα της επιλογής σας.

Όνομα του διερμηνέα: \_\_\_\_\_

Σχέση με το άτομο LEP: \_\_\_\_\_

Άλλο: \_\_\_\_\_

Γνωρίζω ότι μπορώ να αλλάξω γνώμη ανά πάσα στιγμή και να αποδεχτώ τις υπηρεσίες ενός δωρεάν διερμηνέα

**Υπογραφή ατόμου LEP (ή του εξουσιοδοτημένου εκπροσώπου)**

**Ημερομηνία**

### FOR AGENCY USE ONLY

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

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

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

**Signature of Employee**

**Date**

\*Τα άτομα θεωρούνται LEP εάν δεν μιλούν αγγλικά ως προτιμώμενη γλώσσα τους και έχουν περιορισμένη ικανότητα ανάγνωσης, ομιλίας, γραφής ή προφορικής επικοινωνίας στα αγγλικά.