



အခမဲ့ စကားပြန်ဝန်ဆောင်မှုများ ရယူအသုံးပြုခွင့်အား စွန့်လွှတ်ကြောင်း တရားဝင်ထုတ်ပြန်စာ

ဥပဒေအရဆိုရသော် အများပြည်သူအတွက် ဝန်ဆောင်မှုများ သို့မဟုတ် အကျိုးခံစားခွင့်များ ပေးအပ်နေသော နယူးယောက်ပြည်နယ် အေဂျင်စီများသည် ဝန်ဆောင်မှုများ သို့မဟုတ် အကျိုးခံစားခွင့်များ လက်ခံရယူနေသူများအား စကားပြန်ဝန်ဆောင်မှုများကို ၎င်းတို့၏ မူလဘာသာစကားဖြင့် ပေးအပ်ရပါမည်။ အကယ်၍ သင်က သင့်ကိုယ်သင် အင်္ဂလိပ်ဘာသာစကား ကျွမ်းကျင်မှု အားနည်းသူအဖြစ် သတ်မှတ်ထားပြီး သို့မဟုတ် အေဂျင်စီ၏ သတ်မှတ်ခြင်းကို ခံထားရပြီး အခမဲ့ စကားပြန်ဝန်ဆောင်မှုများ ရယူပိုင်ခွင့်ကို စွန့်လွှတ်လိုပါက ဤဖောင်ကို ဖြည့်စွက်ရန် လိုအပ်ပါသည်။ ဤဖောင်ပုံစံ၌ သင်မျှဝေသော အချက်အလက်များကို သီးသန့်ထားရှိမည်ဖြစ်ပြီး မည်သည့်ပြင်ပအဖွဲ့အစည်းနှင့်မျှ မျှဝေမည်မဟုတ်ပါ။

အင်္ဂလိပ်ဘာသာစကား ကျွမ်းကျင်မှု အားနည်းသူ (ခွင့်ပြုချက်ရ ကိုယ်စားလှယ်) ၏ အမည်

သက်ဆိုင်သမျှအားလုံးကို အမှန်ဖြစ်ပါ

- အခမဲ့စကားပြန်ဝန်ဆောင်မှုများကို ရယူအသုံးပြုခွင့်ရှိကြောင်း ကျွန်ုပ်အား ပြောပြထားပါသည်
- အခမဲ့စကားပြန်ပေးသူတစ်ဦး၏ ဝန်ဆောင်မှုများကို အသုံးပြုနိုင်ကြောင်း ကျွန်ုပ် နားလည်သဘောပေါက်ပါသည်
- ယခုအချိန်တွင် အခမဲ့စကားပြန်ပေးသူ၏ ဝန်ဆောင်မှုများကို ကျွန်ုပ်အသုံးမပြုရန် ရွေးချယ်ပြီး ယင်းအစား
 - အင်္ဂလိပ်ဘာသာဖြင့် ဆက်သွယ်ပြောဆိုပါမည်
 - ကျွန်ုပ်၏ကိုယ်ပိုင်စကားပြန်ကို အသုံးပြုပါမည် (အနည်းဆုံး အသက် 18 နှစ်ပြည့်ပြီးသူ ဖြစ်ရမည်)။
 အချို့ဝန်ဆောင်မှုများအတွက် သင်ရွေးချယ်သော စကားပြန်ကို အသုံးပြုခွင့်မရှိနိုင်ကြောင်း သတိပြုပါ။
 စကားပြန်အမည်- _____
 အင်္ဂလိပ်ဘာသာစကား ကျွမ်းကျင်မှု အားနည်းသူနှင့် တော်စပ်ပုံ- _____
- အခြား- _____
- အချိန်မရွေး စိတ်ပြောင်းကာ အခမဲ့စကားပြန်ပေးသူ၏ ဝန်ဆောင်မှုများကို လက်ခံရယူနိုင်ကြောင်း ကျွန်ုပ်နားလည်သဘောပေါက်ပါသည်

အင်္ဂလိပ်ဘာသာစကား ကျွမ်းကျင်မှု အားနည်းသူ ရက်စွဲ
(သို့မဟုတ် ခွင့်ပြုချက်ရ ကိုယ်စားလှယ်) ၏ လက်မှတ်

FOR AGENCY USE ONLY	
Name of Employee: _____	
Division/Department: _____	
Email Address: _____	Phone Number: _____
_____	_____
Signature of Employee	Date

အင်္ဂလိပ်ဘာသာစကားကို ဦးစားပေးဘာသာစကားအဖြစ် မပြောဆိုဘဲ ဖတ်ရန်၊ ပြောရန်၊ ရေးရန် သို့မဟုတ် အင်္ဂလိပ်စကားပြောကို နားလည်ရန် စွမ်းရည်မပြည့်ဝသူတိုင်းကို အင်္ဂလိပ်ဘာသာစကား ကျွမ်းကျင်မှု အားနည်းသူအဖြစ် သတ်မှတ်ပါသည်။