



放弃免费口译服务的权利

根据法律，向公众提供服务或福利的纽约州机构必须：向接受服务或福利的人以他们的主要语言提供口译服务。如果您自我认定或被机构认定为不精通英语人士，并希望放弃获得免费口译服务的权利，则需要填写本表。您在本表中提供的信息将被保密，不会与任何外部机构共享。

不精通英语人士 (或授权代表) 的姓名

请勾选所有适用项：

本人已被告知，本人有权获得免费口译服务。

本人了解，本人可以获得免费口译服务。

本人选择此时不使用免费口译服务，而将：

用英语进行交流。

使用自己带来的口译员 (必须至少年满 18 岁)。 请注意，某些服务可能不允许您使用自己选择的口译员。

口译员姓名： _____

与不精通英语人士的关系： _____

其他： _____

本人了解，本人可随时改变主意并接受免费口译服务。

不精通英语人士 (或授权代表) 的签名

日期

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

如果个人的首选语言不是英语，并且读、说、写或理解英语口语的能力有限，则被视为不精通英语。