

EXCUSA DEL DERECHO A SERVICIOS DE INTERPRETACIÓN GRATIS

NOMBRE DEL CLIENTE CON COMPETENCIA LIMITADA EN INGLÉS (LEP) __RECIPIENTE / __REPRESENTANTE

He sido Informado de que tengo derecho a interpretación gratis del Departamento de Correcciones y Supervisión Comunitaria del Estado de Nueva York.

Entiendo que puedo tener un intérprete si costo alguno para mí o mi familia.

Entiendo que se me permite cambiar de opinión en cualquier momento y ACEPTAR un intérprete gratis.

Escojo NO usar un intérprete gratis en este momento y en vez, usaré (a menos que esto sea una emergencia, mi intérprete tiene, al menos, 18 años de edad):

AÑADA UN PLAN PARA SERVICIOS DE INTERPRETACIÓN A CONTINUACIÓN:

FIRMA* _____ **FECHA** _____

NOMBRE DEL EMPLEADO _____ **FECHA** _____

Institución/Oficina de Área/Regional _____

DIRECCIÓN EMAIL _____ **TELÉFONO** _____

Cuando aplique: El intérprete nombrado a continuación ha leído este formulario a la persona LEP en su lenguaje primario.

Nombre del intérprete _____ Fecha _____

Relación al Consumidor _____

Firma del Intérprete _____ Fecha _____

*Sólo se necesita una firma si el contacto con la persona LEP o el representante es en persona.
NOTA: Las personas LEP son individuos que no hablan inglés como su lenguaje primario y tienen una habilidad limitada para leer, escribir, hablar o entender el inglés.

