



KATHY HOCHUL
ਗਵਰਨਰ

ਮੁਫ਼ਤ ਦੁਭਾਸ਼ੀਆ (ਵਿਆਖਿਆ) ਸੇਵਾਵਾਂ ਲਈ ਹੱਕ ਦੀ ਛੇਟ

ਨਿਊਯਾਰਕ ਸਟੇਟ ਦੀ ਪੌਲਿਸੀ, ਸੀਮਤ ਅੰਗ੍ਰੇਜ਼ੀ ਭਾਸ਼ਾ ਦੀ ਮੁਹਾਰਤ (Limited English Proficient, LEP*) ਵਾਲੇ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਸਟੇਟ ਦੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਤੱਕ ਪਹੁੰਚ ਕਰਨ ਵੇਲੇ ਮੁਫ਼ਤ ਦੁਭਾਸ਼ੀਆ (ਵਿਆਖਿਆ) ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੀ ਪੇਸ਼ਕਸ਼ ਕਰਦੀ ਹੈ। ਜੇਕਰ ਏਜੰਸੀ ਵੱਲੋਂ ਤੁਹਾਡੀ ਪਛਾਣ LEP ਵਿਅਕਤੀ ਵਜੋਂ ਕੀਤੀ ਗਈ ਹੈ (ਜਾਂ ਸਵੈ-ਪਛਾਣ ਕੀਤੀ ਗਈ ਹੈ) ਅਤੇ ਤੁਸੀਂ ਮੁਫ਼ਤ ਦੁਭਾਸ਼ੀਆ (ਵਿਆਖਿਆ) ਸੇਵਾਵਾਂ ਦਾ ਆਪਣਾ ਹੱਕ ਛੱਡਣਾ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਹ ਫ਼ਾਰਮ ਭਰਨਾ ਪਏਗਾ। ਇਸ ਫ਼ਾਰਮ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਡੇ ਵੱਲੋਂ ਸਾਂਝੀ ਕੀਤੀ ਗਈ ਜਾਣਕਾਰੀ ਗੁਪਤ ਰੱਖੀ ਜਾਏਗੀ ਅਤੇ ਇਸ ਨੂੰ ਕਿਸੇ ਵੀ ਬਾਹਰੀ ਧਿਰਾਂ ਨਾਲ ਸਾਂਝਾ ਨਹੀਂ ਕੀਤਾ ਜਾਏਗਾ।

ਸੀਮਤ ਅੰਗ੍ਰੇਜ਼ੀ ਭਾਸ਼ਾ ਦੀ ਮੁਹਾਰਤ (LEP) ਵਾਲੇ ਵਿਅਕਤੀ (ਜਾਂ ਅਖਤਿਆਰਪ੍ਰਾਪਤ ਨੁਮਾਇੰਦੇ) ਦਾ ਨਾਂ

ਲਾਗੂ ਸਾਰਿਆਂ 'ਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਾਓ

- ਮੈਨੂੰ ਦੱਸਿਆ ਗਿਆ ਹੈ ਕਿ ਮੈਨੂੰ ਮੁਫ਼ਤ ਦੁਭਾਸ਼ੀਆ (ਵਿਆਖਿਆ) ਸੇਵਾਵਾਂ ਦਾ ਹੱਕ ਹੈ
 - ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ/ਸਮਝਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਮੈਨੂੰ ਮੁਫ਼ਤ ਦੁਭਾਸ਼ੀਆ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮਿਲ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ
 - ਮੈਂ ਇਸ ਸਮੇਂ ਮੁਫ਼ਤ ਦੁਭਾਸ਼ੀਆ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਨਾ ਕਰਨ ਦੀ ਚੋਣ ਕਰਦਾ/ਕਰਦੀ ਹਾਂ ਅਤੇ ਇਸਦੀ ਬਜਾਏ
 - ਅੰਗ੍ਰੇਜ਼ੀ ਵਿੱਚ ਗੱਲਬਾਤ ਕਰਾਂਗਾ/ਕਰਾਂਗੀ
 - ਆਪਣੇ ਹੀ ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਦੀ ਸੇਵਾ ਲਵਾਂਗਾ/ਲਵਾਂਗੀ (ਦੁਭਾਸ਼ੀਆ ਘੱਟੋ ਘੱਟ 18 ਸਾਲ ਦਾ ਹੋਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ)। ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਧਿਆਨ ਦਿਓ ਕਿ ਕੜ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲਈ, ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਪਸੰਦ ਦੇ ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਦੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲੈਣ ਦੀ ਮੰਜੂਰੀ ਨਹੀਂ ਮਿਲ ਸਕਦੀ।
- ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਦਾ ਨਾਂ: _____
- LEP ਵਿਅਕਤੀ ਨਾਲ ਰਿਸ਼ਤਾ: _____
- ਹੋਰ: _____
- ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ/ਸਮਝਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਮੈਂ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਮੇਂ ਆਪਣਾ ਇਰਾਦਾ ਬਦਲ ਸਕਦਾ/ਸਕਦੀ ਹਾਂ ਅਤੇ ਮੁਫ਼ਤ ਦੁਭਾਸ਼ੀਆ ਸੇਵਾਵਾਂ ਪ੍ਰਵਾਣ ਕਰ ਸਕਦਾ/ਸਕਦੀ ਹਾਂ

LEP ਵਿਅਕਤੀ (ਜਾਂ ਅਖਤਿਆਰਪ੍ਰਾਪਤ ਨੁਮਾਇੰਦੇ) ਦੇ ਦਸਤਖ਼ਤ

ਤਾਰੀਖ਼

FOR AGENCY USE ONLY

Name of Employee: _____

Division/Department: _____

Email Address: _____ Phone Number: _____

Signature of Employee

Date

*LEP ਉਹਨਾਂ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਮੰਨਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਜੋ ਆਪਣੀ ਤਰਜੀਹੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਜੋਂ ਅੰਗ੍ਰੇਜ਼ੀ ਨਹੀਂ ਬੋਲਦੇ ਅਤੇ ਅੰਗ੍ਰੇਜ਼ੀ ਪੜ੍ਹਨ, ਬੋਲਣ, ਲਿਖਣ ਜਾਂ ਬੋਲੀ ਜਾਣ ਅੰਗ੍ਰੇਜ਼ੀ ਨੂੰ ਸਮਝਣ ਦੀ ਉਹਨਾਂ ਦੀ ਸਮਰੱਥਾ ਸੀਮਤ ਹੁੰਦੀ ਹੈ।