NEW YORK STATE | Office of General Services
Office of Language Access

무표 통역 서비스 포기권

법에 따라, 대중에게 서비스나 혜택을 제공하는 뉴욕주 기관들은 서비스나 혜택을 받는 사람의 주 사용 언어로 통역 서비스를 제공해야 합니다. 귀하가 자신을 제한적 영어 구사자로 밝히거나 기관에 의해 제한적 영어 구사자로 확인되었는데 무료 통역 서비스에 대한 권리를 포기하고자 한다면, 이 양식을 작성해야 합니다. 본 양식에 제공하시는 정보는 기밀로 취급되며 외부로 공개되지 않습니다.

제한적 영어 구사자*(또는 권한 위임 대리인)*의 이름

_____

해당하는 항목을 모두 선택하십시오.

☐ 본인은 무료 통역 서비스의 이용 권리에 대해 고지받았습니다.

☐ 본인은 무료 통역사 서비스를 이용할 수 있다는 것을 인지하고 있습니다.

☐ 본인은 이번에 무료 통역사 서비스를 이용하지 않을 것이고 대신 다음을 선택합니다.

☐ 영어로 의사소통.

☐ 본인의 통역사 동반*(반드시 최소 만 18세 이상)*. 특정 서비스의 경우, 본인의 통역사를 동반하는 것이 허용되지 않을 수 있습니다.

통역사 성명: _____

제한적 영어 구사자와의 관계: _____

☐ 기타: _____

☐ 본인은 언제라도 의사를 변경하여 무료 통역사 서비스를 이용할 수 있다는 것을 인지하고 있습니다

_____ _____

제한적 영어 구사자*(또는 권한 위임 대리인)*의 서명 **일자**

FOR AGENCY USE ONLY

Name of Employee:_____

Division/Department:_____

Email Address:_____ Phone Number:_____

_____ _____

Signature of Employee **Date**

영어를 선호 언어로 사용하지 않고 영어를 읽고, 말하고, 쓰고, 이해하는 능력이 제한적인 사람은 제한적 영어 구사자로 간주됩니다.