



KATHY HOCHUL
ਗਵਰਨਰ

ਮੁਫਤ 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 ਮੁਫਤ 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 ਮੁਫਤ ਦੁਭਾਸ਼ੀਆ (ਵਿਆਖਿਆ) ਸੇਵਾਵਾਂ ਦਾ ਆਪਣਾ ਹੱਕ ਛੱਡਣਾ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਹ ਫਾਰਮ ਭਰਨਾ ਪਏਗਾ। ਇਸ ਫਾਰਮ 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 ਮੁਫਤ ਦੁਭਾਸ਼ੀਆ (ਵਿਆਖਿਆ) ਸੇਵਾਵਾਂ ਦਾ ਹੱਕ ਹੈ
 - ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ/ਸਮਝਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਮੈਨੂੰ ਮੁਫਤ ਦੁਭਾਸ਼ੀਆ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮਿਲ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ
 - ਮੈਂ ਇਸ ਸਮੇਂ ਮੁਫਤ 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 ਮੁਫਤ ਦੁਭਾਸ਼ੀਆ ਸੇਵਾਵਾਂ ਪ੍ਰਵਾਣ ਕਰ ਸਕਦਾ/ਸਕਦੀ ਹਾਂ

LEP ਵਿਅਕਤੀ (ਜਾਂ ਅਖਤਿਆਰਪ੍ਰਾਪਤ ਨੁਮਾਇੰਦੇ) ਦੇ ਦਸਤਖਤ

ਤਾਰੀਖ

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।