



KATHY HOCHUL

州长

### 放弃免费口译服务的权利

根据纽约州政策，英语能力有限（Limited English Proficient，简称LEP\*）个人获得州政府服务时，为其提供免费口译服务。如果您被机构认定（或您自我认定）为LEP个人，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。

英语能力有限 (LEP) 个人 (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LEP个人的关系：\_\_\_\_\_

其他：\_\_\_\_\_

本人了解，本人可随时改变主意并接受免费口译服务

\_\_\_\_\_

LEP 个人 (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LEP。