



Губернатор Эндрю М. Куомо

ШТАТ НЬЮ-ЙОРК  
ОТКАЗ ОТ ПРАВА НА  
УСЛУГИ БЕСПЛАТНОГО УСТНОГО ПЕРЕВОДА

ФИО КЛИЕНТА С ОГРАНИЧЕННЫМ ВЛАДЕНИЕМ АНГЛИЙСКИМ ЯЗЫКОМ (LEP)  /  ПОЛУЧАТЕЛЬ /  ПРЕДСТАВИТЕЛЬ

Я получил информацию о праве на бесплатный перевод от   
ОРГАН/ОРГАНИЗАЦИЯ

Я понимаю, что могу получить услуги перевода бесплатно для себя и членов своей семьи

Я понимаю, что могу изменить решение в любое время и ПРИНЯТЬ бесплатные услуги переводчика

Я предпочитаю НЕ обращаться к услугам бесплатного переводчика в этот раз и собираюсь вместо этого использовать (если ситуация не чрезвычайная, моему устному переводчику минимум 18 лет):

УКАЗАТЬ ПЛАН ПОЛЬЗОВАНИЯ УСЛУГАМИ УСТНОГО ПЕРЕВОДА

ПОДПИСЬ \*

КЛИЕНТ LEP /  ПОЛУЧАТЕЛЬ/  ПРЕДСТАВИТЕЛЬ

ДАТА

ИМЯ СОТРУДНИКА (ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ)

ДАТА

ПОДПИСЬ СОТРУДНИКА

ДАТА

ОТДЕЛЕНИЕ/БЮРО

АДРЕС ЭЛ. ПОЧТЫ

НОМЕР ТЕЛЕФОНА (С КОДОМ)

**Если применимо:** указанный ниже переводчик прочел данную форму лицу с ограниченным владением английским языком (LEP) на его родном языке.

ФИО ПЕРЕВОДЧИКА

ДАТА

ОТНОШЕНИЯ С КЛИЕНТОМ

ПОДПИСЬ ПЕРЕВОДЧИКА

ДАТА

\* Подпись ставится только в случае, если общение с лицом LEP или его представителем происходило лично

Примечание: к LEP относятся лица, не владеющие английским языком как родным и имеющие ограниченные навыки чтения, письма и разговора на английском языке.