



Gobernador Andrew M. Cuomo

ESTADO DE NUEVA YORK RENUNCIA DEL DERECHO A OBTENER SERVICIOS GRATUITOS DE INTERPRETACIÓN ORAL

NOMBRE DE LA PERSONA CON DOMINIO LIMITADO DE / DESTINATARIO REPRESENTANTE

Me han dicho que tengo el derecho a obtener servicios gratuitos de interpretación de

AGENCIA/ORGANIZACIÓN

Entiendo que puedo utilizar un intérprete sin ningún costo para mí y los miembros de mi familia.

Entiendo que puedo cambiar de opinión en cualquier momento y ACEPTAR un intérprete gratis.

Elijo NO utilizar un intérprete gratis en este momento y en su lugar utilizaré (a menos que sea una situación de emergencia, mi intérprete tiene 18 años o más):

INGRESAR UN PLAN DE SERVICIOS DE INTERPRETACIÓN

FIRMA*

FECHA

PERSONA CON LEP / DESTINATARIO / REPRESENTANTE

NOMBRE DEL EMPLEADO (EN LETRA DE IMPRENTA)

FECHA

FIRMA DEL EMPLEADO

FECHA

DIVISIÓN/DEPARTAMENTO

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO

(CÓDIGO DE ÁREA) NÚMERO DE TELÉFONO

Cuando corresponda: El intérprete que se menciona abajo le ha leído este formulario a la persona con LEP en su idioma principal.

NOMBRE DEL INTÉRPRETE

FECHA

RELACIÓN CON EL CONSUMIDOR

FIRMA DEL INTÉRPRETE

FECHA

***Únicamente se necesita una firma si el contacto con la persona con LEP o el representante es en persona.**

Nota: Las personas con LEP son personas que no hablan inglés como su idioma principal y que tienen una capacidad limitada para leer, escribir, hablar o entender el inglés.