



Language  
Access

WE ARE YOUR DOL



Department  
of Labor

Kathy Hochul, Governor  
Roberta Reardon, Commissioner

## Παραίτηση από Δικαιώματα για Δωρεάν Υπηρεσίες Διερμηνείας

Η πολιτική της Πολιτείας της Νέας Υόρκης είναι να παρέχει στα άτομα με Περιορισμένη Επάρκεια στα Αγγλικά (LEP\*) δωρεάν υπηρεσίες διερμηνείας όταν χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες της πολιτείας. Αν έχετε προσδιοριστεί (ή αυτοπροσδιοριστεί) ως άτομο LEP από την υπηρεσία και επιθυμείτε να μη χρησιμοποιήσετε το δικαίωμά σας για δωρεάν υπηρεσίες διερμηνείας, θα χρειαστεί να συμπληρώσετε το παρόν έντυπο. Οι πληροφορίες που παρέχετε στο παρόν έντυπο θα παραμείνουν εμπιστευτικές και δεν θα κοινοποιηθούν σε τρίτα μέρη.

**Όνομα Ατόμου με Περιορισμένη Επάρκεια στα Αγγλικά (LEP) (ή του εξουσιοδοτημένου εκπροσώπου του):**

### Επιλέξτε όλα όσα ισχύουν:

Έχω ενημερωθεί ότι έχω το δικαίωμα να λάβω δωρεάν υπηρεσίες διερμηνείας

Κατανόω ότι μπορώ να έχω δωρεάν υπηρεσίες διερμηνείας

Επιλέγω να ΜΗΝ χρησιμοποιήσω τις υπηρεσίες του δωρεάν διερμηνέα επί του παρόντος, αλλά θα

Επικοινωνώ στα Αγγλικά

Χρησιμοποιήσω το δικό μου διερμηνέα (Πρέπει να είναι τουλάχιστον 18 ετών). **Σημειώστε ότι για ορισμένες υπηρεσίες, ίσως δεν σας επιτραπεί να παρέχετε διερμηνέα της επιλογής σας.**

Όνομα Διερμηνέα: \_\_\_\_\_

Σχέση με το άτομο LEP: \_\_\_\_\_

Άλλο: \_\_\_\_\_

Κατανόω ότι μπορώ να αλλάξω γνώμη οποιαδήποτε στιγμή και να δεχτώ τις υπηρεσίες δωρεάν διερμηνείας.

Υπογραφή του ατόμου LEP (ή Εξουσιοδοτημένου Εκπροσώπου)

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Ημερομηνία

### Μόνο για χρήση από την υπηρεσία

Όνομα Υπαλλήλου: \_\_\_\_\_

Τμήμα: \_\_\_\_\_

Διεύθυνση ηλεκτρονικού ταχυδρομείου: \_\_\_\_\_ Τηλεφωνικός αριθμός: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Υπογραφή Υπαλλήλου

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Ημερομηνία

\*Τα άτομα θεωρούνται LEP αν δεν μιλούν αγγλικά ως την προτιμώμενη γλώσσα τους και έχουν περιορισμένη ικανότητα ανάγνωσης, ομιλίας, γραφής ή κατανόησης των προφορικών αγγλικών.