

OFFER AND ACCEPTANCE OR WAIVER OF FREE INTERPRETER SERVICES

無料の通訳サービスの提供、および承認または権利放棄

ケース名： _____ ケース番号： _____

通訳を必要とする者： _____ (氏名)

ワーカー： _____ ユニット： _____

電話： _____ ファックス： _____

ヒューマンサービス省 (Department of Human Services -DHS) は、私の主言語が英語でない場合に
に応じて、私に無料の通訳を提供することを申し出ました。

	<input type="checkbox"/> はい*	<input type="checkbox"/> いいえ
1. 英語が私の主言語です： _____ *以下に署名と日付を記入してください。		
2. <input type="checkbox"/> 私は通訳を必要としません。もし通訳を必要としない場合は、下のパート 4 へ進み、署名してください：		
<input type="checkbox"/> 私は次の言語の通訳を必要とします： _____ もし通訳を必要とする場合は、パート 3 へ進み、当てはまる項目のボックスをチェックしてください。		
3. <input type="checkbox"/> 私はDHSからの無料の通訳の提供を希望します。		
<input type="checkbox"/> 私はDHSが提供する通訳を希望せず、自分で通訳を見つけます。		
<ul style="list-style-type: none"> • DHSがコミュニケーションの正確性を確認するために、私が選んだ通訳を観察するための独立通訳者を提供する場合があることを、私は理解しています。 • 私は、家族または友人を通訳として用いることは、DHSが提供する利益やサービスに私がアクセスできるようにするためには、必ずしも最も効果的な方法ではないことを理解しています。 • 私は、DHSが家族または友人を通訳として用いることを勧めず、さらに未成年（18歳未満）を通訳として用いることを禁止していることを理解しています。 • 私は、今時点で通訳サービスを希望しなかったとしても、将来的にその考えを変えてDHSによる通訳サービスの提供を受けたり、私が選択した通訳を用いることができることを理解しています。 		
4. 私は本書の情報を読み、理解しました。質問や懸念がある場合は、上記の職員に連絡することができます。		
氏名（楷書）： _____	電話： _____	
署名： _____	日付： _____	