



RENONCIATION DU DROIT AUX SERVICES GRATUITS D'INTERPRÉTARIAT

Le Département des Services Sociaux de la Géorgie (*Department of Human Services*, « DHS »), par le biais de ses divisions et bureaux, offre gratuitement des services d'interprétariat pour assurer une véritable communication entre vous (le ou la « Client(e) ») et le personnel du DHS. Les interprètes (fournis) offerts par le DHS disposent (des) de compétences nécessaires qui permettent d'établir une parfaite communication (communiquer) dans votre langue préférée. C'est aussi une façon dont (que) le DHS s'assure que les informations concernant ses services et/ou programmes sont bien partagés

Vous avez le droit de refuser ces services d'interprétariat gratuits. Si vous demandez à un membre de votre famille, à un ou une ami(e) ou à un compagnon ou compagne d'interpréter pour vous, sachez que le DHS ne paiera pas un interprète que vous amenez. Quelque soit la personne qui vous sert d'interprète doit avoir 18 ans ou plus. Vous pouvez annuler cette renonciation de droit à tout moment et demander que le DHS vous donne un interprète gratuitement. Le DHS se réserve le droit de solliciter un interprète qualifié pour observer l'interprète de votre choix au cours de la session afin de s'assurer que les déclarations et instructions données sont interprétées correctement.

J'ai été informé(e), dans ma langue préférée, que j'ai le droit de recevoir gratuitement les services d'un interprète offerts par le DHS. _____ **(Initiales du/de la Client(e))**

En refusant d'utiliser un interprète offert par le DHS, je comprends que le DHS n'est pas responsable de l'exactitude des informations communiquées par un interprète que j'ai choisi moi-même. _____ **(Initiales du/de la Client(e))**

Je comprends que j'ai le droit de recevoir gratuitement les services d'un interprète offert par le DHS, et je choisis de refuser d'utiliser un interprète offert par le DHS. Je comprends également que je peux annuler cette renonciation de droit à tout moment. _____ **(Initiales du/de la Client(e))**

Je comprends que la signature de cette renonciation de droit à un service d'interprétariat gratuit est de ma propre volonté et que je ne suis ni sous la contrainte, ni menacé(e), ni intimidé(e), pour signer ce formulaire.
_____ **(Initiales du/de la Client(e))**

Je choisis M. / Mme / Mlle _____ pour me servir d'interprète, et je déclare que, à ma connaissance, il/elle est âgé(e) de 18 ans ou plus, et je consens à ce que cette personne reçoive des informations confidentielles et privées me concernant à propos des programmes ou services pour lesquels j'ai appliqués, ou dont je suis déjà le/la bénéficiaire. _____ **(Initiales du/de la Client(e))**

Je comprends que cette renonciation de droit concerne uniquement mon droit à des services d'interprétariat gratuits et ne permet pas à mon interprète d'agir en tant que mon/ma représentant(e) autorisé(e). _____ **(Initiales du/de la Client(e))**

Signature du/de la Client(e)

Date

Signature de l'Interprète

Date

Signature du Représentant de DHS

Date