



ОТКАЗ ОТ ПРАВА НА БЕСПЛАТНЫЕ УСЛУГИ УСТНОГО ПЕРЕВОДА

Департамент социального обеспечения штата Джорджия (Department of Human Services, DHS) предлагает бесплатные услуги устного перевода в своих подразделениях и офисах для обеспечения эффективной коммуникации между Вами («Клиентом») и сотрудниками DHS. Предоставляемые DHS устные переводчики владеют предпочитаемым Вами языком, и тем самым Департамент гарантирует, что вся информация о услугах и/или программах Департамента будет сообщена Вам эффективным образом.

У Вас есть право отклонить такие бесплатные услуги устного перевода. Если у Вас есть член семьи, друг/подруга или партнер, которые могут для Вас переводить, то примите к сведению, что DHS не будет платить за услуги переводчика, которого приводите Вы сами. Возраст лица, услугами перевода которого Вы пользуетесь, должен быть не менее 18 лет. Вы можете отозвать данный отказ в любое время и подать в DHS запрос на бесплатные услуги устного перевода. DHS оставляет за собой право на вызов квалифицированного переводчика в целях наблюдения за выбранным Вами переводчиком во время встреч с сотрудниками Департамента, чтобы гарантировать надлежащий перевод любых заявлений и инструкций для будущих встреч.

Меня проинформировали на моем предпочитаемом языке о моем праве на бесплатные услуги устного перевода, предоставляемые Департаментом DHS. _____ (инициалы клиента)

Отклоняя использование назначенного Департаментом DHS переводчика, я понимаю, что Департамент DHS не несет ответственности за правильность информации, сообщаемой переводчиками, которых привожу я.
_____ (инициалы Клиента)

Я понимаю свое право на бесплатные услуги перевода, предоставляемые Департаментом DHS, и принимаю решение отклонить использование назначенного Департаментом DHS переводчика. Я также понимаю, что я могу отозвать этот отказ в любое время. _____ (инициалы Клиента)

Я понимаю, что подпись на данном отказе от бесплатных услуг перевода ставится добровольно и что подпись была поставлена мной не в результате принуждения, угроз или запугивания. _____
(инициалы Клиента)

Я принимаю решение о том, что г-н/г-жа _____ будет выступать в роли моего переводчика, и подтверждаю, что, насколько мне известно, его/ее возраст — 18 лет или старше, и даю согласие на то, что это лицо будет получать обо мне конфиденциальную и личную информацию, касающуюся любых программ и/или услуг, на участие в которых я подал (-а) заявление или в которых я уже участвую. _____
(инициалы Клиента)

Я понимаю, что данный отказ имеет отношение только к моему праву на бесплатные услуги перевода и не наделяет моего переводчика полномочиями доверенного лица. _____ (инициалы Клиента)

Подпись Клиента

Дата

Подпись переводчика

Дата

Подпись представителя DHS

Дата