



## Rinuncia al diritto di usufruire dell'assistenza gratuita di un interprete

La politica dello Stato di New York prevede di offrire a persone con scarsa conoscenza della lingua inglese (LEP\*) l'assistenza gratuita di un interprete in occasione dell'accesso ad enti pubblici. Se chi è stato riconosciuto dall'ente erogatore del servizio come persona LEP e pertanto avente diritto all'assistenza gratuita di un interprete, o ha dichiarato di volerne usufruire, vuole rinunciare a tale diritto deve compilare questo modulo.

**Nome della persona LEP (o del rappresentante autorizzato)**

---

*Selezionare tutte le risposte pertinenti*

Mi è stato comunicato che ho diritto all'assistenza gratuita di un interprete

Credo di aver diritto ad usufruire dell'assistenza gratuita di un interprete

Dichiaro che NON intendo usufruire dell'assistenza gratuita di un interprete in questa occasione perché

Parlo e capisco l'inglese

Mi accompagna un interprete di mia fiducia (*deve essere maggiorenne*). Tenere presente che per alcuni servizi non è consentito farsi accompagnare da un interprete di fiducia.

Nome dell'interprete: \_\_\_\_\_

Rapporto con la persona LEP: \_\_\_\_\_

Altro: \_\_\_\_\_

Ho preso atto che posso cambiare opinione in qualsiasi momento e accettare di poter usufruire dell'assistenza gratuita di un interprete.

\_\_\_\_\_  
**Firma della persona LEP (o del rappresentante autorizzato)**

\_\_\_\_\_  
**Data**

### RISERVATO ALL'AGENZIA (FOR AGENCY USE ONLY)

Name of Employee: \_\_\_\_\_

Division/Department: \_\_\_\_\_

Email Address: \_\_\_\_\_ Phone Number: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Signature of Employee**

\_\_\_\_\_  
**Date**