

無料通訳サービス提供、受け入れ、又は権利放棄

ケース名： _____ ケース番号： _____

担当者名： _____ 団名： _____

電話番号： _____

英語を母国語としない場合ハワイ州社会福祉省が無料での通訳サービスを提供します。

<p>1. 英語はわたしの母国語です： <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p>
<p>2. <input type="checkbox"/> 通訳サービスは不要です。通訳サービスが必要でない場合4番までお進み下さい。</p> <p><input type="checkbox"/> わたしは次の言語のための通訳が必要です： _____ 通訳が必要な場合3番にすすみ適応するボックスにチェックマークをつけて下さい。</p>
<p>3. <input type="checkbox"/> 社会福祉省より無料の通訳サービスを希望します。</p> <p><input type="checkbox"/> 政府のではなく個人で通訳者を選びます。</p> <p>*このボックスを選択した場合、社会福祉部が通訳の正確さを確認するため付き添いの通訳者を雇う場合があります。</p> <p>*家族や知人を通訳者として選ぶ場合、政府が提供するサービスや利益を受けにくくなる可能性があることをご了承下さい。</p> <p>*政府は家族や知人を通訳者として選ぶことを推奨せず、また18歳以下の未成年者を通訳者として雇うことは禁じられています。</p> <p>*今現在通訳者を必要としない場合でも将来政府提供の無料通訳サービス、もしくは個人的に通訳者を雇う権利があることをご了承ください。</p>
<p>4. わたしはこの用紙を読み理解しました。もし質問や不満があった場合、上に記した担当者に連絡します。</p>
<p>名前（楷書）： _____</p> <p>署名： _____ 日付： _____</p>