



EL CLIENTE O COMPANERO RENUNCIA PARA SERVICIO GRATIS DE INTERPRETACIÓN

El Departamento de Niños y Familias del estado de la Florida (DCF – siglas en Inglés) y sus contratistas son requeridos a proporcionar servicio de intérpretes gratis u otra asistencia de comunicación para personas que son sordas o con dificultad de oír - con deficiencias visuales, o si no habla Inglés. Por favor díganos sus necesidades de comunicación.

Mi nombre es _____

Quiero/deseo un intérprete gratis. Necesito un intérprete que hable:
Lengua: _____ Dialecto: _____

Quiero/deseo otro tipo de asistencia para la comunicación. (Indique toda asistencia deseada):
Materiales Impreso Letra Grande: _____ Tomadores de Notas: _____ Repetidor Teletipo (TTY) o de Video: _____
Ayuda Completando Formularios: _____ Materiales en Escrito: _____
Otro (Por favor díganos en que podemos ayudarle): _____

No quiero/deseo un intérprete gratis o ningún otro tipo de ayuda para la comunicación. Si cambio de mente, le diré si necesito ayuda en mi próxima visita.

Yo elijó a _____ para actuar como mi intérprete. Él/ella es mayor de 18 años de edad. El elegir mi propio intérprete y firmar esta declinación no le da derecho a mi intérprete actuar como mi representante autorizado. También entiendo que esta agencia puede emplear su propio intérprete, cualificado o certificado, para observar a mi intérprete para asegurarse que la comunicación es eficiente.

Firma de Cliente o Compañero:	Fecha:
Nombre Impreso del Cliente o Compañero:	
Firma del Intérprete:	Nombre Impreso del Intérprete:
Testigo:	Fecha:
Nombre Impreso del Testigo:	