



## 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:	