اتفاقية خدمات اللغة
بالنسبة إلى العميل ذي المهارة المحدودة في اللغة الإنجليزية (LEP)
، والعميل المصاب بضعف في الحواس

للاستخدام في المكتب فقط

العميل: _____ **التاريخ:** _____

الوكالة: _____ **البرنامج:** _____

عضو فريق البرنامج: _____

خدمة اللغة المقدمة:
___ مترجم اللغة الأجنبية الفوري
___ مترجم لغة الإشارة الفوري
___ ترجمة خطية (اسرد قائمة بالمستندات) _____
___ الخدمة الهاتفية للغات الأجنبية (اسم الخدمة) _____
___ طريقة برايل
___ جهاز اتصال الصم/طابعة عن بعد
___ جهاز تكنولوجي مساعد لضعاف الحواس (النوع) _____
___ طباعة بخط كبير

إقرار العميل

☐ عُرض على خدمات مترجم فوري/مترجم تحريري دون مقابل مني من قِبل الوكالة وفي التاريخ الموضح أعلاه. أنا أختار:
___ قبول خدمات المترجم الفوري/المترجم المقدمة من الوكالة، أو
___ أفضل استخدام جهاز تكنولوجي مساعد مقدم من قِبل الوكالة
___ أرفض الاستعانة بأية خدمات مترجم فوري/مترجم أو جهاز تكنولوجي مساعد، أو
___ أقدم خدمات المترجم الفوري/المترجم أو الجهاز التكنولوجي المساعد الخاص بي
(اسم مقدم الخدمة أو المنتج: _____)

☐ أوافق على تقديم المعلومات التي تتطلبها الوكالة لمساعدتي. أدرك أن هذه المعلومات سرية وسوف يتم استخدامها فقط لأغراض تقديم الخدمات لي .

اسم العميل (مطبوعًا) _____

توقيع العميل: _____ التاريخ: _____

إقرار المترجم الفوري/المترجم

☐ أنا، _____، سوف أقدم الترجمة الفورية الدقيقة لمقابلة/محادثة/معلومات _____ في _____. سوف أنقل بدقة أي معلومات من هذا العميل وإليه. وفقًا لما يقتضيه القانون العام 108أأ-80، سوف أحمي سرية كافة المعلومات فيما يتصل بهذا العميل.

المترجم الفوري (مطبوعًا) _____

توقيع المترجم الفوري: _____ التاريخ: _____

☐ إذا تم توفير خدمات المترجم الفوري عبر الهاتف، فسوف يتم ذلك وفقًا لكافة متطلبات سرية التعاقد والوكالة.

يتم إرفاقه في سجل الحالة