언어 서비스 계약
제한적 영어 구사 능력(LEP) 고객 및
감각 장애 고객용

당 기관용

고객: ______________________________ 날짜: ___________

기관: ______________________ 프로그램: _________________

프로그램 담당자: ___________________________________

제공된 언어 서비스:
__ 외국어 통역사
__ 수화 통역사
__ 문서 번역(문서 목록 기재) ______________________________
__ 외국어 전화 서비스(서비스명) ____________________
__ 점자
__ **TDD/TTY**
__ 감각 장애용 보조기구(종류) __________________
__ 큰 활자

고객 진술

☐ 본인은 동 기관으로부터 상기 날짜에 무료 통역/번역 서비스를 제안 받았습니다. 본인은
__ 동 기관이 제공하는 통역/번역 서비스를 이용하겠습니다.
__ 동 기관이 제공하는 보조 기구를 이용하겠습니다.
__ 통역/번역 서비스 및/또는 보조 기구를 이용하지 않겠습니다.
__ 통역/번역 서비스 또는 보조 기구를 자체 조달하겠습니다.
(서비스 제공자 또는 제품명: ____________________________________)

☐ 동 기관이 본인을 지원하기 위해 필요로 하는 정보를 제공하는 데 동의합니다. 이 정보는 기밀로 유지되며 본인에게 서비스를 제공하는 용도로만 사용됨을 이해합니다.

고객명(정자체) ____

고객 서명: ____________________________ 날짜: ____________

통역사/번역사 진술

☐ 본인 ______________________은(는) __________ 일자, ______________________의 면접/대화/정보를 정확하게 통역하겠습니다. 본인은 위 고객에게/으로부터의 정보를 빠짐 없이 정확하게 전달하겠습니다. G.S. 108A-80 에 따라 위 고객에 관한 모든 정보는 철저히 비밀로 지키겠습니다.

통역사 이름(정자체) ____

통역사 서명: ____________________________ 날짜: ___________

☐ 전화로 통역 서비스를 제공하는 경우에는 기관 및 계약상의 기밀유지 요건을 따릅니다.

케이스 기록에 보관 예정