



CABINET FOR HEALTH AND FAMILY SERVICES

WAIVER OF INTERPRETER SERVICES – LIMITED ENGLISH PROFICIENCY (LEP)
RENUNCIA DE SERVICIOS DE INTÉRPRETE – PROFICIENCIA LIMITADA EN INGLÉS

I understand that the Cabinet or its contract agent has to offer me interpreter services free of charge. I do not want interpreter services today. I understand that I can change my mind and get the services in the future. If there are mistakes in my case record because I did not use the Cabinet’s or agent’s interpreter, I will not hold them responsible.

Entiendo que el Gabinete o su agente de contrato tiene que ofrecerme los servicios de un intérprete sin cargo. No quiero los servicios de un intérprete hoy. Entiendo que puedo cambiar de opinión y obtener los servicios en el futuro. Si existen errores en el historial de mi caso porque no utilicé al intérprete del Gabinete o del agente, no les consideraré responsables.

I want to communicate in English.

Quiero comunicarme en inglés.

Or

O

I want to have interpret for me. I understand that the person I have picked to help me may not be a qualified interpreter.

Quiero que interprete para mí. Entiendo que la persona a quien he elegido para ayudarme puede no ser un intérprete calificado.

Signature

Firma

Date

Fecha

Signatures of two witnesses if available:

Firmas de dos testigos si son disponibles:

Witness

Testigo

Witness

Testigo