

RENONCIATION AUX SERVICES D'INTERPRETATION

NOM DU CLIENT: _____

NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE DU CLIENT: _____

NOM(S) DE(S) L'INTERPRETEUR (S): _____

Je soussigné, _____, comprend que selon la loi fédérale, j'ai le droit de recevoir gratuitement les services d'un interprète qualifié attribué par NORTH CAROLINA DEPARTMENT OF COMMERCE, DIVISION OF EMPLOYMENT SECURITY (DES) ou par DIVISION OF WORKFORCE SOLUTIONS (DWS) afin de me donner, dans ma langue maternelle, les informations concernant ma réclamation d'assurance-chômage administrée par DES et / ou les étapes pour obtenir un emploi par DWS. Je reconnais que DES et / ou DWS m'ont expliqué ce droit dans ma langue maternelle.

Je comprends que DES et / ou DWS fournissent ce service gratuitement à leurs clients non anglophones et à compétences limitées en anglais. Je comprends que ce service peut être fourni en personne par un interprète qualifié et / ou indirectement en parlant à un interprète qualifié au téléphone ou par un autre appareil.

DES et / ou DWS m'ont encouragé à utiliser les services d'un interprète qualifié qu'ils fourniront. Je reconnais que DES et / ou DWS m'ont démontré dans ma langue maternelle l'importance qu'un interprète qualifié me donne dans ma langue maternelle les informations concernant les services de réclamations d'assurance-chômage et les services d'emploi afin que je puisse comprendre mes droits légaux et que je participe pleinement et en connaissance de cause toutes les étapes qui relèvent de ma demande d'indemnités assurance-chômage et / ou ma recherche d'emploi.

Je reconnais que le personnel de DES et / ou DWS m'a fait part des risques liés à l'utilisation des amis ou des membres de la famille comme interprètes. Ces risques, comme expliqués par DES et / ou DWS, comprennent, sans s'y limiter, les éléments suivants:

- Les membres de la famille ou les amis peuvent ne pas avoir les compétences linguistiques et le vocabulaire technique nécessaires à l'interprétation complète et précise des informations concernant ma demande d'indemnités assurance-chômage et / ou ma recherche d'un emploi;
- Les membres de la famille ou les amis peuvent ne pas se sentir tenus de respecter les mêmes niveaux de discrétion, de confidentialité, d'éthique et de responsabilité linguistique qu'un interprète professionnel, qualifié; et,
- Des problèmes peuvent subvenir au sujet de ma demande qui pourront s'avérer délicats et / ou difficiles, il sera difficile d'en parler avec un membre de la famille ou un ami.

Cependant, j'ai librement, volontairement et sciemment décidé d'utiliser un ami et / ou un membre de la famille en tant qu'interprète pour les informations au sujet de ma demande d'indemnités

assurance-chômage et / ou ma recherche d'emploi. Je refuse librement, volontairement et sciemment les services de l'interprète que DES et / ou DWS ont proposé de mettre à ma disposition.

Je comprends parfaitement les risques liés à l'utilisation de mes amis et des membres de ma famille comme mes interprètes. J'accepte librement, volontairement et en connaissance de cause de prendre ces risques.

Je comprends qu'en utilisant les amis ou les membres de la famille comme interprètes, des informations confidentielles seront divulguées à ces amis ou membres de la famille et je suis d'accord pour que cette divulgation soit faite.

Je comprends qu'en utilisant un ami ou un membre de la famille comme mon interprète, ma demande et / ou ma recherche d'emploi peuvent être retardées si elle / il n'est pas présent en cas de besoin.

Je comprends que cette renonciation ne donne pas l'autorisation à un interprète d'agir en tant que mon représentant légal.

Je comprends qu'à tout moment, je peux changer d'avis et demander à un membre du personnel de DES et / ou de DWS qu'un interprète me soit attribué, par DES et / ou DWS.

Je comprends que DES et / ou DWS peuvent engager un interprète qualifié ou certifié pour observer l'interprète de mon choix lors de la séance d'interprétation afin de vérifier l'exactitude de l'interprétation.

J'ai lu ce qui précède et reçu une copie.

Signature du client

Date

Nom du client (EN CARACTERES D'IMPRIMERIE)

Signature du Témoin

Date

Nom du témoin (EN CARACTERES D'IMPRIMERIE)

Date

Ce formulaire a été traduit pour le client en _____ (Langue Utilisée) par _____ (Nom de l'interprète qualifié).

DESCOMP802

DRAFT