

**PETICION, POR CLIENTE O COMPANERO,**

**DE AYUDA GRATIS DE COMUNICACION O**

**RENUNCIA A LA AYUDA GRATIS DE COMUNICACION**

Al Departamento Niños y Familias de la Florida y a sus Proveedores Contratados de Servicios al Cliente, se les requiere proporcionar **intérpretes u otra ayuda de comunicación, GRATIS,** a las personas que sean sordas o hipoacúsicas. Por favor infórmenos sobre sus necesidades de comunicación.

Mi nombre es \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Deseo intérprete gratis. Necesito intérprete quien firme en:

Lenguaje de Señas Americano (ASL) o un intérprete que hable:

Idioma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Dialecto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Deseo otro tipo de ayuda de comunicación (marque toda ayuda deseada):

Dispositivos de Asistencia Auditiva:\_\_\_\_ Materiales Impresos de Tamaño Grande: \_\_\_\_\_

Tomador de Notas: \_\_\_\_\_ Retransmisión de video o TTY: \_\_\_\_\_

Ayuda para llenar formularios: \_\_\_\_\_ Materiales escritos: \_\_\_\_\_ C.A.R.T: \_\_\_\_\_\_

Otro (por favor díganos cómo podemos servirle): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* No deseo un intérprete gratis o ninguna otra ayuda de comunicación. Si cambio de parecer, te diré si necesito ayuda para mi visita siguiente. ***(La renuncia del cliente o del compañero a los derechos no le impide al Departamento conseguir su propio intérprete o proporcionar ayuda para facilitar la comunicación y cerciorarse de que no se violen los derechos).***
* No deseo un intérprete gratis porque\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.
* Escojo a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ para actuar como mi propio intérprete. El/Ella es mayor de edad de 18***. No le doy derecho a mi intérprete de actuar como mi representante autorizado. También entiendo que la agencia de servicio puede emplear a un intérprete cualificado o certificado para observar a mi propio intérprete para asegurarse de que la comunicación sea eficaz.***

|  |  |
| --- | --- |
| Firma del cliente o del compañero: | Fecha: |
| Nombre impreso del cliente o compañero: | |
| Firma del intérprete: Nombre impreso o mecanografiado del intérprete: | |
| Testigo: | Fecha: |
| Nombre impreso del testigo: | |

\***Este formulario se juntará con el formulario de Evaluación de Comunicación de Compañero y Cliente y Registro de Ayuda y Servicios Auxiliares, y se mantendrá en el archivo del cliente.**

CFOP Revised May 23, 2011 APPENDIX D