

## ԼԵԶՎԱԿԱՆ ՄԱՏՉԵԼԻՈՒԹՅԱՆ ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԲՈՂՈՔԻ ՁԱՎԹՈՒՂԹ

Դուք իրավունք ունեք անվճար բանավոր թարգմանչական ծառայություններ ստանալ, ինչպես նաև ժամանակին թարգմանված տեղեկատվություն: Խնդրում ենք օգտվել այս ձևաթղթից զեկուցելու համար որևէ խնդիր լեզվական ծառայությունների մատչելիության վերաբերյալ, որի հետ դուք առնչվել եք Կալիֆոռնիայի Սոցիալական ծառայությունների բաժանմունքում (CDSS):

Այս ձևաթուղթը փոստով հետ ուղարկեք այստեղ՝ Civil Rights Bureau P.O. Box 944243, MS 8-16-70 Sacramento, CA 94244-2430 կամ ֆաքսով՝ (916) 653-9332 համարով: Եթե որևէ հարցեր կամ մտահոգություններ ունեք, կապվեք մեզ հետ (916) 654-2107 հեռախոսահամարով, անվճար 1 (866) 741-6241 հեռախոսահամարով կամ Կալիֆոռնիայի փոխանցման ծառայության օպերատորի միջոցով՝ 1 (800) 735-2929 հեռախոսահամարով:

### 1. Ձեր ԿՈՆՏԱԿՏԱՅԻՆ ՏՎՅԱԼՆԵՐԸ

ԱՆՈՒՆ՝	ԱԶԳԱՆՈՒՆ՝	
ՀԱՍՑԵ՝		
ՔԱՂԱՔ՝	ՆԱԳԱՆՔ՝	ՓՈՍՏԱՅԻՆ ԿՈՂ՝
ՏԱՆ/ԲԶԶԱՅԻՆ ՀԵՌԱՆՈՍԱԳԱՄԱՐ՝	ԷԼ.ՓՈՍՏ՝	

### 2. ԲԱՆԱԿՈՐ ԹԱՐԳՄԱՆՈՒԹՅԱՆ/ԳՐԱՎՈՐ ԹԱՐԳՄԱՆՈՒԹՅԱՆ ՄԱՆՐԱՄԱՍՆԵՐ

Միջադեպի ամսաթիվ՝ \_\_\_\_\_

CDSS/ծրագիր՝ \_\_\_\_\_

Գրասենյակի հասցե՝ \_\_\_\_\_

Նախքան միջադեպը, գիտեիք արդյո՞ք, որ անվճար բանավոր թարգմանության/գրավոր թարգմանության ծառայությունների իրավունք ունեիք:  Այո  Ոչ

Միջադեպ՝  Անձամբ  Նամակով  Էլ. փոստով  Հեռախոսով

Ձեզ ի՞նչ լեզվով օգնություն էր հարկավոր: \_\_\_\_\_

Լեզվի մատչելիության խնդիր(ներ)՝

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Երկու լեզվով խոսող անձնակազմի բացակայություն<br><input type="checkbox"/> Բանավոր թարգմանության/գրավոր թարգմանության ծառայությունների բացակայություն<br><input type="checkbox"/> Բանավոր թարգմանության/գրավոր թարգմանության ծառայություններ ստանալու ուժացում<br><input type="checkbox"/> Բանավոր թարգմանության/գրավոր թարգմանության ծառայությունների որակ | <input type="checkbox"/> Ոչ անգլերեն լեզվով ձևաթղթերի/սյուրթերի բացակայություն<br><input type="checkbox"/> Բանավոր թարգմանության/գրավոր թարգմանության ծառայությունների մասին հանրությանը տեղեկացնող նշանների բացակայություն<br><input type="checkbox"/> Այլ՝ _____ |
|--|--|

Միջադեպի համառոտ նկարագիր (կցեք լրացուցիչ էջեր, եթե հարկավոր է)՝

### 3. ԱԶՎՅՈՒԹՅՈՒՆ ՁԵՎԱԹՈՒՂԹԸ ԼՐԱՑՆԵԼԻՍ

Որևէ մեկն օգնե՞լ է լրացնել այս ձևաթուղթը:  Այո (լրացրեք ստորև տվյալները)  Ոչ (եթե ոչ, ապա բաց թողեք)

ԱՆՈՒՆ՝	ԱԶԳԱՆՈՒՆ՝	
ԿԱԶՄԱԿԵՐՊՈՒԹՅՈՒՆ՝		
ՀԵՌԱՆՈՍԱԳԱՄԱՐ՝	ԷԼ.ՓՈՍՏ՝	

Ես հաստատում եմ, որ այս հայտարարությունը ճշմարիտ է, որքանով որ ինձ հայտնի է:

ՍՏՈՐԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆ՝	ԱՄՍԱԹԻՎ՝
-----------------	----------

Այս ձևաթուղթը կարող է թարգմանվել մեկ այլ լեզվով խնդրանքի դեպքում:

**Գաղտնիության հայտարարություն**

1977 թ. Տեղեկությունների պրակտիկաների ակտը (Կալիֆորնիայի քաղաքացիական կոդ, մաս 1798.1, et. seq.) և 1974 թ. Դաշնային գաղտնիության ակտը (Գլուխ V, Միացյալ Նահանգների կոդ, մաս 552a, et. seq.) պահանջում են, որ այս ծանուցումը տրամադրվի անձանցից անհատական տվյալներ հավաքելիս:

Լեզվական մատչելիության ծառայությունների բողոքի ձևաթղթում պահանջվող տվյալները համապատասխանում են Dymally-Alatorre երկլեզու ծառայությունների ակտին և 1964 թ. Քաղաքացիական իրավունքների ակտի Գլուխ VI-ին: Այս տվյալները կամավոր են, սակայն եթե դրանք չտրամադրվեն ամբողջովին ու ճշտորեն, հնարավոր է, որ բաժանմունքը չկարողանա կապնվել հայցվորի հետ: Այս տվյալներն օգտագործվում են միայն հայցվորի հետ կապնվելու համար և/կամ հետագա տվյալներ խնդրելու համար:

*Մի գրեք այս վանդակում: Միայն բաժանմունքի օգտագործման համար է:*

REVIEWER:	PHONE:	DATE:
FINDINGS:		
RESOLUTION/CORRECTIVE ACTION(S):		
APPROVAL SIGNATURE BY PROGRAM MANAGER:	DATE:	

*Միայն Քաղաքացիական իրավունքների բյուրոյի օգտագործման համար է:*

REVIEWED BY:	DATE:
COMMENTS:	

Այս ձևաթուղթը կարող է թարգմանվել մեկ այլ լեզվով խնդրանքի դեպքում: