|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | |
| CASO/ NOMBRE DEL PROVEEDOR | | CASO/ NÚMERO DE PROVEEDOR | | NECESITA SERVICIOS DE INTÉRPRETE/TRADUCTOR  Sí  No IDIOMA: | | | |
| **INDIQUE EL NOMBRE E IDIOMA PRINCIPAL (PREFERIDO):** | | | | | | | |
| NOMBRE | | | | IDIOMA | | | |
| Madre | | | |  | | | |
| Padre | | | |  | | | |
| Hijo(a) | | | |  | | | |
| Hijo(a) | | | |  | | | |
| Hijo(a) | | | |  | | | |
| Cuidadora | | | |  | | | |
| Otro (especificar) | | | |  | | | |
| FIRMA DEL EMPLEADO QUE INICIA EL FORMULARIO | | | | | | FECHA | |
| COMENTARIOS/INFORMACIÓN ADICIONAL: | | | | | | | |
| **REGISTRE TODOS LOS SERVICIOS DE INTERPRETACIÓN/TRADUCCIÓN PROPORCIONADOS A CADA CLIENTE/PROVEEDOR CON DOMINIO LIMITADO DEL INGLÉS (LEP) Y SORDOS/CON DIFICULTADES DE AUDICIÓN, ANOTE LA FECHA, EL NOMBRE DE LA PERSONA A QUIEN SE PROPORCIONÓ EL SERVICIO Y EL NOMBRE DEL INTÉRPRETE/VENDEDOR.**  **Adjunte una copia de cada traducción a una copia del documento original y archívelas en el registro del caso (y/o cárguelas en FamLink).** | | | | | | | |
| FECHA | CLIENTE/NOMBRE DEL PROVEEDOR | | SERVICIO PROPORCIONADO (VER CÓDIGOS ABAJO) | | NOMBRE DEL INTÉRPRETE/VENDEDOR | | INICIALES DEL PERSONAL |
|  |  | |  | |  | |  |
|  |  | |  | |  | |  |
|  |  | |  | |  | |  |
|  |  | |  | |  | |  |
|  |  | |  | |  | |  |
|  |  | |  | |  | |  |
|  |  | |  | |  | |  |
|  |  | |  | |  | |  |
|  |  | |  | |  | |  |
|  |  | |  | |  | |  |
|  |  | |  | |  | |  |



**PERSONAS CON DOMINIO LIMITADO DEL INGLÉS (LEP) / SORDAS/ CON DIFICULTADES DE AUDICIÓN**

**REGISTRO DE SERVICIO**

**LIMITED ENGLISH PROFICIENT (LEP) / DEAF/HARD OF HEARING SERVICE RECORD**

CÓDIGOS DE SERVICIO: 1. Intérprete a distancia por teléfono/video

2. Lengua Americana de Señas /Intérprete Certificado para Sordos

3. Documento traducido

4. Empleados aprobados en dos idiomas.

5. Intérprete contratado

6. Otro (especificar)