Washington State Department of CHILDREN, YOUTH & FAMILIES

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

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

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)