|  |
| --- |
|  |
| 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)