COUNTY OF LOS ANGELES
SOCIAL SERVICES

DEPARTMENT OF PUBLIC

언어 지정 양식
(LANGUAGE DESIGNATION FORM)

CASE NAME: _____ CASE NUMBER: _____

무료 통역 서비스가 가능합니다.

(당신의 케이스 담당자에게 부탁하십시오.)

A. 구두 언어 지정

저는 다음에 표시된 언어를 사용하므로, 그 언어로 사회복지국 (DPSS) 담당자와 제 케이스 또는 그와 관련된 문제에 관해 의논하고 싶습니다. 이 언어 지정은 이전의 어떤 결정을 대신합니다.

☐ 아르메니아어 ☐ 캄보디아어 ☐ 중국어(광둥어) ☐ 영어

☐ 한국어 ☐ 중국어(관화) ☐ 러시아어 ☐ 스페인어

☐ 필리핀어 ☐ 베트남어 ☐ 기타 (상세히) _____

B. 필기 언어 지정

☐ 저는 영어로 표기된 편지, 알림, 양식들을 받고 싶고, 그리고 그 외의 서면 의사소통을 영어로 하고 싶습니다.

또는

☐ 다음에 표시된 언어가 가능하다면 (중국어는 광둥어와 관화를 포함합니다), 저는 그 언어로 서면 의사소통을 하고 싶고, 그 언어로 표기된 양식들을 받고 싶습니다. 만일 다음에 표시된 언어의 서면 의사 소통이 사회복지국 (DPSS)과 불가능하다면, 저의 케이스 담당자와 연락해서 구두 통역 서비스를 받을 수 있습니다.

☐ 아르메니아어 ☐ 캄보디아어 ☐ 중국어

☐ 영어 ☐ 한국어 ☐ 러시아어 ☐ 스페인어

☐ 필리핀어 ☐ 베트남어 ☐ 기타 (상세히) _____

_____ _____

신청자 /수혜자 서명 (또는 표시) 날짜

☐ I hereby verify that the applicant's/participant's above choices are reflected on LEADER and/or GEARS and/or CMIPS and/or any other computer program used to manage eligibility issues.

_____ _____ _____

CASE CARRYING WORKER'S SIGNATURE FILE NUMBER DATE

_____ _____

SUPERVISOR'S INITIALS DATE

FILING INSTRUCTIONS:
BWS/BSO: Documentation/Activity Folder
Retention: Permanent