

**免费语言口译服务豁免表**

我承认夏威夷儿童营养计划 (HCNP) 办公室向我提供了免费的书面和电话口译服务。我拒绝提供的免费口译服务，并将使用我选择的口译员提供语言口译服务。我了解我不能使用学龄儿童为我提供语言翻译服务。

语言口译服务的原因。选中下面的框：

免费和减价餐申请

用餐住宿

其他：（请说明）\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

我的孩子就读的学校名称：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

日期 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 印刷体姓名 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 签名 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

该机构是提供平等机会的机构。