

언어 서비스 요청 양식

LANGUAGE ACCESS REQUEST FORM

다른 언어나 더 큰 글씨로 된 본 문서가 필요한 경우, 혹은 적절한 도움이 필요하시면 (장애인의 경우), 312-935-2600 로 문의하시기 바랍니다. 통역 서비스를 받으시기 위해서는 7 일 이전에 알려주셔야 합니다.

If you need this document in a different language or LARGER FONT or if you need a reasonable accommodation (persons with disabilities), please call 312-935-2600. Advance notice of seven days is required in order to arrange for interpreter services.

요청일: _____
Date of Request:

본인은 주택선택바우처(HCV) 참가자 또는 지원자입니다 세입자 ID #: _____
I am Tenant ID #:
HCV Participant or Applicant

공공주택(PH) 참가자 또는 지원자입니다 세입자 ID #: _____
PH Participant or Applicant Tenant ID #:

고령자 주택(Senior Housing) 참가자 또는 지원자입니다 세입자 ID #: _____
Senior Housing Participant or Applicant Tenant ID #:

혼합 소득(Mixed-Income) 참가자 또는 지원자입니다 세입자 ID #: _____
Mixed-Income Participant or Applicant Tenant ID #:

일반인 (CHA 참가자 또는 지원자 아님)
Public (Non-CHA Participant nor Applicant)

CHA 직원
CHA Employee

이름 (가족 대표): _____ 전화번호: _____ 이메일: _____
Name (Head of Household): Phone: E-Mail:

주소: _____ 시, 주, 우편번호: _____
Address: City, State, ZIP Code:

요청하고자 하는 서비스? 서면 번역 개인 통역 미국 수화 거부
Services Requested? Written Translation In-Person Interpretation American Sign-Language Opt Out

모국어: _____
Primary Language:

주의 사항: 도움을 요청한 가족 구성원은 HUD 의 제한된 영어 능력 기준에 부합해야 합니다.

Please Note: The household member requesting the accommodation(s) must meet HUD's definition of Limited English Proficiency.

1. 서면 번역 요청

For WRITTEN TRANSLATIONS

본 양식과 함께 번역할 문서를 첨부해 주십시오.

Please **attach the document(s)** that require translation along with this form.

2. **개인 통역 또는 미국 수화**

For **IN-PERSON INTERPRETATION** or **AMERICAN SIGN-LANGUAGE**

다음 정보를 기재해 주십시오

Please provide the following information

미팅 유형 1:1 미팅 (갱신, 공청회 등) 단체 미팅
Type of Meeting **1:1 Meeting** (recertification, hearing, etc.) **Group Meeting**

언어 _____ 시작 시간 _____ 종료 시간 _____
Language Start Time End Time

주소 _____ 시, 주, 우편번호 _____
Address City, State, ZIP Code

회의 장소 _____
Meeting Location

(커뮤니티실, 회의실, 강당 등)
(Community Room Conference Room, Auditorium, Etc.)

3. **프로그램**

Program

공공주택(PH)- 기존 공공주택(PH)- 고령자 공공주택(PH)- 혼합 소득 일반인
PH-Traditional PH- Senior PH- Mixed Income General Public

주택선택바우처(HCV) 공공임대주택지원실증(RAD) 프로젝트기반바우처(PBV) CHA - 모든 프로그램과 활동
HCV RAD PBV CHA - All programs and activities

단체 회의/이벤트 정보:

Group Meeting/Event Information:

제한된 영어 실력을 가진 참가자의 수 _____

Number of Individuals attending with a Limited English Proficiency

전체 회의 참석 인원 수 _____

Total Number of Individuals attending the Meeting

현장 연락처 이메일 주소 _____ 휴대폰 번호 _____

On-site Contact Email address

Cell Number

메모: 필요한 경우, CHA 프로그램 담당자가 참가자를 대신하여 이름, CHA ID, 언어 서비스 요청을 작성할 수도 있습니다.

Note: If necessary, CHA Program staff may fill in the name, CHA ID and Language Access request on behalf of the participant.

해당되는 경우, CHA 담당자 서명: X _____

Signature of CHA staff, if applicable: X



4. 정보 공개:

Release of Information:

본인은 이 양식에 제공한 정보가 사실이며 틀림없음을 증명합니다. 본인은 해당 CHA 담당자에게 언어 서비스 요청을 논의할 수 있는 CHA 권한을 부여합니다.

I certify that the information provided on this form is true and accurate. I give CHA permission to discuss the language access request with appropriate CHA representative.

참가자 서명

Signature of Participant

날짜

Date

사기 및 허위 진술 미 연방법 제 18 편 형법 제 1001 조는 미국 정부, 주택 및 도시 개발국(HUD), 공공 주택 당국의 모든 부처나 직원 또는 재산 소유자에게 고의로 사기 및 허위 진술을 한 사람은 벌금 및/또는 구속 등의 처벌을 받을 수 있다고 명시하고 있습니다.

Fraud and False Statements: Title 18, Section 1001 of the U.S. Code states that a person who knowingly and willingly makes false and fraudulent statements to any department or employee of the United States Government, HUD, a Public Housing Authority or a property owner may be subject to penalties that include fines and/or imprisonment.

자세한 문의 사항은 CHA 본부(312-742-8500) 로 전화 또는 다양성과 포용성 사무국 이메일 chala@thecha.org 으로 연락하시기 바랍니다.

If you have any questions, please call the CHA Headquarters at 312-742-8500 or e-mail the Office of Diversity and Inclusion at chala@thecha.org.

본 문서는 HUD 또는 CHA 가 발행한 법률 문서의 번역본입니다. HUD 및/또는 CHA 는 이 번역을 귀하의 권리와 의무를 이해하는 것을 돕기 위한 단순 편의로 제공합니다. 본 문서의 영어본이 공식 법률 규제 문서입니다. 본 번역 문서는 공식 문서가 아닙니다.



FOR OFFICE OF DIVERSITY & INCLUSION STAFF ONLY

Request Received via: website or portal chala@thecha.org SharePoint other _____

ODI Staff Name: _____ Phone Number: _____

E-Mail: _____

Approved Date Processed: _____

Denied Date Denied: _____ Reason for Denial: _____

ODI notified the following Office/Program via email (address indicated below) for follow-up and update to Yardi **Primary Language** and/or **Need for Translator**.

Office/Program: _____ Email: _____