



ໂຄງການບໍລິການພາສາ ການປະຕິເສດການນໍາໃຊ້ຜູ້ແປພາສາ ແບບຟອມຮ້ອງຮັບ

ຈົ່ງປະກອບແບບຟອມນີ້ໃຫ້ຄົບຖ້ວນ ແລະສົ່ງໄປໃຫ້ກັບໂຄງການບໍລິການພາສາຂອງສານສູງ
ສຸດລັດໂອໄຮໂອ [Supreme Court of Ohio Language Services Program]
65 South Front Street, Columbus, Ohio 43215-3431. ແຟັກ: 614.387.9409.
ອີເມວ: lsp.resolution@sc.ohio.gov.

ວັນທີສົ່ງ: _____

ຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວ (ກະລຸນາຂຽນໃຫ້ຈະແຈ້ງ)

ຊື່ _____

ຊື່	ຊື່ ກາງ	ນາມສະກຸນ
ພາສາທີ່ທ່ານເວົ້າ _____		
ທີ່ຢູ່ _____		
ທີ່ຢູ່ໃນຖະໜົນ _____	ເມືອງ _____	ລັດ _____
ເບີໂທລະສັບບ້ານ (_____) _____	ເບີມືຖື (_____) _____	ວະຫັດໄປສະນີ _____

ຂໍ້ມູນສານ

ຊື່ສານ _____ ຊື່ຜູ້ພິພາກສາ _____

ທີ່ຢູ່ _____

ທີ່ຢູ່ໃນຖະໜົນ _____	ເມືອງ _____	ລັດ _____	ວະຫັດໄປສະນີ _____
---------------------	-------------	-----------	-------------------

ເບີໂທລະສັບ (_____) _____ ເລກທີຂະດີຂອງທ່ານ _____

ວັນທີຂອງການພິຈາລະນາສືບສວນ ຫຼື ການປະກົດຕົວໃນສານ _____

ເຫດຜົນທີ່ຍື່ນໃບຮ້ອງຮັບ

- ສານບໍ່ມີຜູ້ແປພາສາໃຫ້ _____
- ຜູ້ແປພາສາບໍ່ເວົ້າພາສາຂອງຂ້ອຍ _____
- ຜູ້ແປພາສາແປບໍ່ຖືກຕ້ອງ _____
- ອື່ນໆ (ອະທິບາຍ): _____

ທ່ານອາດຈະສົ່ງເອກະສານເພີ່ມເຕີມເປັນການເສີມຕື່ມໃສ່ແບບຟອມນີ້ໄດ້ນຳອີກ.

ຫ້າມການແກ້ແຄ້ນທ, ກປະເພດຕໍ່ກັບຄົນຜູ້ທີ່ຮ້ອງຮັບ,
ແລະ/ຫຼື ຊ່ວຍດ້ານໃດໜຶ່ງໃນການສືບສວນການຮ້ອງຮັບ ພາຍໃຕ້
ຫົວຂໍ້ທີ VI ຂອງກົດໝາຍວ່າດ້ວຍສິດທິພົນລະເມືອງປີ 1964, 42 USC Sec. 2000d.