**REQUEST FOR INTERPRETER**

***SOLICITUD PARA SERVICIO DE INTÉRPRETE***

Name/*Nombre* DOC number/Nú*mero DOC* Facility/*instalación*

I will need assistance at my hearing on:

[ ]  I do not speak or read the English language.

 My native language is:

[ ]  I am hearing impaired and require a sign language interpreter.

[ ]  I am hearing impaired and do not understand sign language.

*Necesitare ayuda para mi audiencia el*:

[ ]  *No hablo ni leo el idioma Ingles*

 *Mi lengua materna es:*

*[ ]  Tengo discapacidad auditiva y necesito un intérprete de señas.*

*[ ]  Tengo discapacidad auditiva y no entiendo el lenguaje de señas.*

Signature/*Firma* Date/*Fecha*

[ ]  Approved/*Aprobado* [ ]  Denied/*Denegado*

Superintendent/*Superintendente* Signature/*Firma* Date/*Fecha*

Reason for denial/*razón de la negación*:

**The contents of this document may be eligible for public disclosure. Social Security Numbers are considered confidential information and will be redacted in the event of such a request. This form is governed by Executive Order 00-03, RCW 42.56, and RCW 40.14.**

***El contenido de este documento puede ser elegible para su divulgación pública. Los números de la seguridad social se consideran información confidencial y serán eliminados en caso de tal solicitud. Este formulario está regulado por la Orden Ejecutiva 16-01, RCW 42.56 y RCW 40.14.***

Distribution: **ORIGINAL** - Imaging file **COPY** - Hearing Office