



Actualizado 02/2019

**Alabama Department of Mental Health (ADMH)**  
**Departamento de Salud Mental de Alabama**  
**Oficina de Servicios para Personas Sordas**

**Notificación de Derecho a Asistencia Lingüística Gratuita**  
**Para Individuos Que Utilicen Un Idioma Hablado Que No Sea Inglés**

*(Este formulario debe ser presentado de una manera que el consumidor pueda fácilmente entender. Esto normalmente significa el idioma preferido del consumidor)*

**El lenguaje no debe ser cambiado debajo de esta línea.**

Caso # \_\_\_\_\_ Nombre de Centro / Proveedor \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_, reconozco que se me ha informado que es importante para mi cuidado recibir el servicio en el idioma que mejor entiendo (mi idioma de preferencia) y / o en un modo de comunicación que sea más fácil de entender.

Mi idioma de preferencia es: \_\_\_\_\_

Se me ha informado que la agencia está dispuesta y puede proveer, sin costo para mí, un proveedor de servicios clínicos que habla con fluidez mi idioma de preferencia, un intérprete profesional calificado y / o acomodaciones apropiadas. He decidido