

نموذج طلب الترجمة

LANGUAGE ACCESS REQUEST FORM

إذا كنت بحاجة إلى هذا المستند بلغة مختلفة أو بخط أكبر، أو إذا كنت بحاجة إلى مواعمة مناسبة (الأشخاص ذوي الإعاقة)، فيرجى الاتصال برقم 312-935-2600. يتطلب الأمر إرسال إشعار مسبق قبل سبعة أيام من أجل الترتيب لتوفير خدمات الترجمة الفورية.

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.

تاريخ الطلب:

Date of Request:

أنا المُستفيد أو مُقدم الطلب في هيئة شيكاغو للإسكان (CHA) الرقم التعريفي للمستأجر: _____

Tenant ID #: _____ HCV Participant or Applicant I am

أنا المُستفيد أو مُقدم الطلب في الإسكان العام (PH) الرقم التعريفي للمستأجر: _____

Tenant ID #: _____ PH Participant or Applicant

أنا المُستفيد أو مُقدم الطلب في إسكان المُسنين الرقم التعريفي للمستأجر: _____

Tenant ID #: _____ Senior Housing Participant or Applicant

أنا المُستفيد أو مُقدم الطلب في إسكان فئات المواطنين ذوي الدخل المُختلط الرقم التعريفي للمستأجر: _____

Tenant ID #: _____ Mixed-Income Participant or Applicant

أنا المواطنين بشكل عام (غير المُستفيدين أو غير المُقدمين لطلب في هيئة شيكاغو للإسكان)

Public (Non-CHA Participant nor Applicant)

أنا موظف في هيئة شيكاغو للإسكان

CHA Employee

الاسم (رَب(ة الأسرة): _____ الهاتف: _____ البريد الإلكتروني: _____

E-Mail:

Phone:

Name (Head of Household):

العنوان: _____ المدينة، الولاية، الرمز البريدي: _____

City, State, ZIP Code: _____ Address:

الخدمات المطلوبة؟ ترجمة مكتوبة ترجمة فورية شخصية لغة الإشارة الأمريكية إلغاء الاشتراك

Services Requested? Written Translation In-Person Interpretation American Sign-Language Opt Out

اللغة الأساسية:

Primary Language:

يرجى ملاحظة: يجب أن يستوفي فرد الأسرة الذي يطلب المواعمة (المواعمات) تعريف وزارة الإسكان والتنمية الحضرية في الولايات المتحدة (HUD) للاتقان المحدود للغة الإنجليزية.

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

1. الترجمات المكتوبة

For WRITTEN TRANSLATIONS

يرجى إرفاق المستند (المستندات) التي تتطلب الترجمة مع هذا النموذج. Please attach the document(s) that require translation along with this form

2. الترجمة الفورية الشخصية أو لغة الإشارة الأمريكية

For IN-PERSON INTERPRETATION or AMERICAN SIGN-LANGUAGE

يُرجى تقديم المعلومات التالية

Please provide the following information

اجتماع جماعي
Group Meeting

اجتماع 1:1 (إعادة الاعتماد، الاستماع، إلخ.)
1:1 Meeting (recertification, hearing, etc.)

نوع الاجتماع
Type of Meeting

اللغة _____ وقت البدء _____ وقت الانتهاء _____
Language Start Time End Time
العنوان _____
Address
المدينة، الولاية، الرمز البريدي _____
City, State, ZIP Code
مكان الاجتماع _____
Meeting Location

(غرفة الاجتماعات، قاعة المؤتمرات، قاعة استماع، إلخ.)
(Community Room Conference Room, Auditorium, Etc.)

.3 البرنامج
Program

الإسكان العام - تقليدي الإسكان العام- لكبار السن الإسكان العام- فئات المواطنين ذوي الدخل المُختلط المواطنين بشكل عام
PH-Traditional PH-Senior PH-Mixed Income General Public
 برنامج قسيمة اختيار السكن العرض التوضيحي للمساعدة في التأجير قسائم على أساس المشروع هيئة شيكاغو للإسكان- كل البرامج والأنشطة
HCV RAD PBV CHA - All programs and activities

اجتماع جماعي/معلومات الحدث:

Group Meeting/Event Information:

عدد الأفراد الحاضرين الذين لديهم إتقان محدود للغة الإنجليزية _____
Number of Individuals attending with a Limited English Proficiency

إجمالي عدد الأفراد الحاضرين في الاجتماع _____
Total Number of Individuals attending the Meeting

عنوان البريد الإلكتروني للاتصال في الموقع _____
On-site Contact Email address

رقم الهاتف _____
Cell Number

Cell Number

On-site Contact Email address

ملحوظة: إذا لزم الأمر، يُمكن لموظفي برنامج هيئة شيكاغو للإسكان ملء الاسم ومُعرف هيئة شيكاغو للإسكان وطلب ترجمة لغة نيابة عن المُشارك.

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

توقيع موظف هيئة شيكاغو للإسكان، إذا كان ممكناً: X _____
Signature of CHA staff, if applicable: X

Signature of CHA staff, if applicable: X

.4 الكشف عن المعلومات:

Release of Information:

أُقر بأن المعلومات المُقدمة في هذا النموذج صحيحة ودقيقة. أُمح هيئة شيكاغو للإسكان الإذن لمناقشة طلب ترجمة اللغة مع الممثل المناسب للهيئة.

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.

التاريخ
Date

توقيع المُشارك
Signature of Participant

البيانات المزورة والكاذبة: العنوان 18، القسم 1001 من قانون الولايات المتحدة. يُنص القانون على أن الشخص الذي يُدلي عن قصد وعن عمد ببيانات كاذبة ومزورة إلى أي إدارة أو موظف في حكومة الولايات المتحدة أو وزارة الإسكان والتنمية الحضرية في الولايات المتحدة أو هيئة إسكان عامة أو مالك عقار قد يخضع لعقوبات تشمل الغرامات و/أو السجن.

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.

إذا كانت لديك أي أسئلة، يُرجى الاتصال بمقر هيئة شيكاغو للإسكان على الرقم 312-742-8500/ وإرسال بريد إلكتروني إلى مكتب التنوع والشمول على chala@thecha.org

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.

هذه الوثيقة عبارة عن ترجمة لوثيقة صادرة من وزارة الإسكان والتنمية الحضرية (HUD) أو لوثيقة قانونية صادرة من الهيئة العامة للإسكان بشيكاغو. توفر وزارة الإسكان والتنمية الحضرية و/أو الهيئة العامة للإسكان بشيكاغو هذه الترجمة كأداة مساعدة لك في فهمك حقوقك والتزاماتك. وتعد النسخة الإنجليزية من هذه الوثيقة هي النسخة الرسمية والقانونية والحاكمة. وهذه الوثيقة المترجمة ليست وثيقة رسمية.

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: _____